

Aus der Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes-  
und Jugendalter der Universität Rostock (KJPP)  
Kommissarischer Leiter: Prof. Dr. med. habil. Johannes Buchmann

**Die psychische Belastung von Müttern in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten  
Kindes**

**Aus dem Projekt „Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft“**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Medizin  
der Medizinischen Fakultät  
der Universität Rostock

vorgelegt von

Sarah Felice Mösel  
geb. 13.05.1983 in Worms

Berlin, den 28.10.2018

Dekan: Prof. Dr. med. univ. Emil Christian Reisinger

Gutachter:

1. Prof. Dr. K. Wiedemann, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UKE Hamburg
2. Prof. Dr. T. Reimer, Univ.-Frauenklinik am Klinikum Südstadt, Rostock
3. PD Dr. O. Reis, Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Rostock

Jahr der Einreichung: 2018

Jahr der Verteidigung: 2019



## **Inhaltsverzeichnis**

Abkürzungsverzeichnis .....	VI
Abbildungsverzeichnis .....	VII
Tabellenverzeichnis .....	VIII
1. Einführung und theoretischer Hintergrund.....	1
1.1 Begriffsbestimmung „minderjährige Mutterschaft“ .....	3
1.2 Epidemiologie der minderjährigen Mutterschaft .....	3
1.3 Epidemiologie der psychischen Belastung minderjähriger Erstgebärender.....	4
1.4 Psychosoziale Risiko-/Schutzfaktoren, Coping und die Entstehung psychischer Störungen .....	8
1.4.1 Psychosoziale Risikofaktoren und die Entstehung psychischer Störungen.....	8
1.4.2 Psychosoziale Schutzfaktoren und die Entstehung psychischer Störungen .....	10
1.4.3 Psychosoziale Risiko-/Schutzfaktoren und die Entstehung psychischer Störungen im Kontext minderjähriger Mutterschaft .....	11
1.4.4 Stress, Coping und die Entstehung psychischer Störungen.....	13
1.4.5 Stress, Coping und die Entstehung psychischer Störungen im Kontext minderjähriger Mutterschaft.....	18
1.5 Relevanz der Arbeit .....	20
1.6 Hypothesen .....	21
2. Material und Methoden .....	22
2.1 Studiendesign.....	22
2.1.1 Arbeitsmodell .....	23
2.2 Stichprobe .....	24
2.3. Datenerhebung .....	27
2.3.1. Interview (Garnefeld et al., 2007) .....	27
2.3.2 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF, Janke et al., 1997) .....	28
2.3.3 Brief Symptom Inventory (BSI, Franke, 2000) .....	29
2.3.4 Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009) .....	30
2.4 Datenauswertung .....	31
3. Ergebnisse.....	32
3.1 Risikofaktorenverteilung in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes .....	32
3.2 Schutzfaktoren in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes .....	32
3.3 Habituelle Stressverarbeitungsstile in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes..	33
3.4 Psychische Belastung (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Ausprägung von Persönlichkeitsstilen) in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes.....	34
3.5 Zusammenhänge zwischen habituellem Coping und dem psychischen Befinden in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes (Korrelationsberechnungen) .....	36
3.6 Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren mit dem Alter bei Geburt des ersten Kindes bei der Vorhersage psychischer Belastung (Varianzanalysen).....	39
4. Diskussion .....	50
4.1 Diskussion der Risikofaktorenbelastung in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes .....	50
4.2 Diskussion der Schutzfaktorenverteilung in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes .....	57
4.3 Diskussion habituellen Stressverarbeitungsstile in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes .....	61
4.4 Diskussion der psychischen Belastung (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Ausprägung von Persönlichkeitsstilen) in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes..	66
4.5 Diskussion der Zusammenhänge zwischen habituellen Copingstilen und psychischem Befinden in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes .....	77

4.6 Diskussion zum Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren mit der Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes bei der Vorhersage von psychischer Belastung .....	80
4.7. Grenzen der Arbeit und Ausblick .....	92
4.8 Praktisches Fazit .....	93
5. Zusammenfassung .....	95
6. Thesen.....	99
7. Literaturverzeichnis .....	101
8. Anhang .....	119
8.1 Fragebögen.....	119
8.1.1 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) .....	119
8.1.2 Brief Symptom Inventory (BSI) .....	124
8.1.3 Persönlichkeitsstil- und -störungeninventar (PSSI) .....	127
8.2 Interviewvariablen .....	130
8.2.1 Alter bei Geburt des ersten Kindes .....	130
8.2.2 Risikofaktoren .....	131
8.2.3 Übersicht zu Literaturquellen für die untersuchten Risikofaktoren.....	133
8.2.4 Schutzfaktoren .....	135
8.2.5 Übersicht zu Literaturquellen für die untersuchten Schutzfaktoren .....	136
8.2.6 Zufriedenheitsindizes.....	137
8.2.7 Übersicht zu Literaturquellen für die untersuchten Zufriedenheitsindizes.....	138
8.3 Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen .....	138
8.3.1 Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen bei Geburt des ersten Kindes .....	138
8.3.2 Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen zum Interviewzeitpunkt .....	139
8.4 Übersicht über Anschreibeserien .....	139
8.5 Normalverteilung.....	140
8.5.1 Risikofaktoren .....	140
8.5.2 Schutzfaktoren .....	141
8.5.3 SVF .....	141
8.5.4 Zufriedenheitsindizes.....	143
8.5.5 BSI.....	144
8.5.6 PSSI .....	145
8.6 Gruppenvergleiche der unabhängigen Variablen.....	145
8.6.1 Risikofaktoren .....	145
8.6.2 Schutzfaktoren .....	146
8.6.3 Habituelles Coping .....	147
8.7 Gruppenvergleiche der abhängigen Variablen.....	149
8.7.1 Zufriedenheitsindizes.....	149
8.7.2 Aktuelle subjektive Symptombelastung (BSI) .....	149
8.7.3 Persönlichkeitsstile (PSSI) .....	150
8.8 Korrelationsberechnungen .....	152
8.8.1 SVF-Zufriedenheitsindizes.....	152
8.8.2 SVF-BSI .....	160
8.8.3 SVF-PSSI .....	172
8.9 Varianzanalysen.....	180
8.9.1 Abhängige Variable - Lebenszufriedenheit insgesamt .....	180
8.9.2 Abhängige Variable - Belastungsintensität (GSI) .....	181
8.9.3 Abhängige Variable – Persönlichkeitsstile/-störungen.....	182
8.9.3.1 Selbstbestimmter Stil (Antisoziale Persönlichkeitsstörung).....	182
8.9.3.2 Eigenwilliger Stil (Paranoide Persönlichkeitsstörung) .....	183
8.9.3.3 Zurückhaltender Stil (Schizoide Persönlichkeitsstörung) .....	184
8.9.3.4 Loyalere Stil (Abhängige Persönlichkeitsstörung).....	184
8.9.3.5 Spontaner Stil (Borderline Persönlichkeitsstörung) .....	185
8.9.3.6 Liebenswürdiger Stil (Histrionische Persönlichkeitsstörung) .....	186

Danksagung .....	187
Selbstständigkeitserklärung .....	187
Lebenslauf .....	187

### **Abkürzungsverzeichnis**

$\alpha$ :	Cronbachs Alpha
BGB:	Bürgerliches Gesetzbuch
BSI:	Brief Symptom Inventory
bzw.:	beziehungsweise
df:	Freiheitsgrade (degrees of freedom)
et al.:	und andere (et alii)
etc.:	et cetera
FB:	Fragebogen
GSI:	aktuell empfundenen Belastungsintensität
H:	Hypothese
k.A.:	keine Angaben
kiGGS:	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Max.:	Maximum
MiMü:	minderjährige Mütter/Erstgebärende
Min.:	Minimum
N/n:	Anzahl
o.g.:	oben genannt
p:	Signifikanz
PSSI:	Persönlichkeitsstil- und -störungeninventar
r:	Korrelationskoeffizient
RF:	Risikofaktor
S.:	Seite
s.:	siehe
SD:	Standardabweichung
SF:	Schutzfaktor
SVF:	Stressverarbeitungsfragebogen
u.a.:	und andere
u.g.:	unten genannt
u.v.m.:	und viele mehr
vs:	versus
VoMü:	volljährige Mütter/Erstgebärende
 :	Hypothese abgelehnt
 :	Hypothese bestätigt

### **Abbildungsverzeichnis**

- I. Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen bis 18. Lebensjahr an Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt, Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1998 – 2010 nach dem Alter der Frau, (Destatis, 2011).
- II. Durchschnittliche Zahl der Geburten je 1.000 Frauen nach Altersgruppe, (Pötzsch, 2012).
- III. Diathese-Stress-Modell, (Wittchen & Hoyer, 2011)
- IV. Diathese-Stress-Modell, angewandt für die vorliegende Studie.
- V. Übersicht zum Verhältnis von potentiellen zu tatsächlichen Studienteilnehmerinnen.
- VI. Übersicht zu versendeten Anschreiben und Rückmeldung.
- VII. Einfluss einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Lebenszufriedenheit
- VIII. Einfluss einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die aktuell empfundene Belastungsintensität
- IX. Einfluss von Gewalterfahrung und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die aktuell empfundene Belastungsintensität
- X. Einfluss von Nikotinabusus in Kindheit/Jugend und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Selbstbestimmter/Antisozialer Persönlichkeitsstile/-störungen
- XI. Einfluss schlechter Schulleistungen und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Selbstbestimmter/Antisozialer Persönlichkeitsstile/-störungen
- XII. Einfluss von Gewalterfahrung und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Eigenwilliger/Paranoider Persönlichkeitsstile/-störungen
- XIII. Einfluss von schlechten Schulleistungen und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Zurückhaltender/Schizoider Persönlichkeitsstil/-störungen
- XIV. Einfluss einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Loyal/Abhängiger Persönlichkeitsstile/-störungen
- XV. Einfluss von Gewalterfahrung und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Loyal/Abhängiger Persönlichkeitsstil/-störungen
- XVI. Einfluss enger Freundschaften und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Loyal/Abhängiger Persönlichkeitsstile/-störungen
- XVII. Einfluss von Nikotinabusus während Kindheit und Jugend und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Spontaner/Borderline Persönlichkeitsstile/-störungen
- XVIII. Einfluss von eigenem Verdienst und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Spontaner/Borderline Persönlichkeitsstile/-störungen

XIX. Einfluss psychischer Erkrankungen in Kindheit/Jugend und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Liebenswürdiger/Histrionischer Persönlichkeitsstile/-störungen

### **Tabellenverzeichnis**

1. Ausgewählte Literaturanalyse zu psychischen Belastungen bei minderjährigen Erstgebärenden.
2. Prävalenz von Depressionen bei minderjährigen Erstgebärenden.
3. Sub- und Sekundärtests des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF, Janke et al., 1997).
4. Übersicht zu den globalen Kennwerten des BSI (Franke, 2000).
5. Übersicht zu untersuchten PSSI – Skalen (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009).
6. Risikofaktorenverteilung bei MiMü und VoMü
7. Risikofaktorenkumulation bei MiMü und VoMü
8. Schutzfaktorenverteilung bei MiMü und VoMü
9. Schutzfaktorenkumulation bei MiMü und VoMü
10. Übersicht zu Mittelwertverteilung der Zufriedenheitsindizes bei MiMü und VoMü



## **1. Einführung und theoretischer Hintergrund**

Diese Arbeit ist Teil des Projektes „*Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft*“, welches an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock durchgeführt wird. Für dieses Projekt ist ein dreiphasiges Studiendesign vorgesehen, welches in der bereits abgeschlossenen Phase I aus einer retrospektiven Dokumentenanalyse bestand, in der sowohl somatische Risiko- und Schutzfaktoren als auch das somatische kindliche Outcome in Hinblick auf das Alter der Mutter bei Geburt ihres ersten Kindes hin untersucht wurde. Phase II, der diese Arbeit zuzuordnen ist, ist querschnittlich angelegt und untersucht Unterschiede zwischen minder- und volljährigen Erstgebärenden hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit, Gründen für die Austragung einer Schwangerschaft und Unterschieden im Vorliegen von Traumatisierungen. Phase III soll aus einer Längsschnittstudie bestehen, in der die weitere psychische Entwicklung der Kinder minderjähriger Erstgebärender und ihrer Vergleichsgruppe untersucht werden soll. In der hier vorliegenden Arbeit wird der Frage nachgegangen, ob die minderjährige Mutterschaft ein Risiko für die psychische Gesundheit der betroffenen jungen Frau darstellt. Um dies zu ermitteln, wird zunächst in deskriptiven Analysen untersucht, inwiefern bei Geburt des ersten Kindes minderjährige Mütter sich von volljährigen Müttern im Vorliegen von Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Entwicklung, in ihrem habituellem Coping und im psychischen Befinden unterscheiden. Anschließend wird über Korrelationsberechnungen und Varianzanalysen untersucht, wie der Faktor „*Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes*“ unter Berücksichtigung der Faktoren „Coping“ und „psychosoziale Risiko-/Schutzfaktoren“ mit dem psychischen Befinden der Mütter assoziiert ist.

Ausgangslage für diese Fragestellung waren Erfahrungen aus dem klinischen Alltag in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock, nach denen die minderjährige Mutterschaft deutlich mit jugendpsychiatrischen Störungen assoziiert zu sein schien. Auch zahlreiche internationale Studien beschreiben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen bei minderjährigen Erstgebärenden (s. Tabelle 1). In diesen Studien wird das erhöhte Risiko für psychische Erkrankungen vielfach darauf zurückgeführt, dass es sich sowohl bei der Adoleszenz als auch bei der ersten Mutterschaft jeweils um Krisenzeiten der persönlichen Entwicklung handelt, die die Gefahr der Überlastung bergen und somit ein Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen darstellen.

Diese Arbeit hat zum Ziel, die Vulnerabilität der minderjährigen Erstgebärenden möglichst konkret und umfassend zu untersuchen, um daraus adäquate Hilfsangebote für diese Frauen abzuleiten. Solche Hilfsangebote sollen dazu beitragen künftig ein aversives Entwicklungsergebnis bei minderjährigen Müttern zu vermeiden.

Autor/en	Jahr	Land	Studiendesign	Stichprobe	Psychischer Symptomkomplex
Bottorff et al.	2014	USA	Metaanalyse	mehrere (Einschluss- kriterien: Jugendliche zwischen 14-18 Jahren mit Nikotin- und Alkoholabusus während der Schwangerschaft und postpartal)	Substanzabusus (Nikotin und Alkoholabusus)
De Genna et al.	2013	USA	querschnittliche Kohortenstudie	379 Frauen zwischen 18 - 40 Jahren mit diagnostizierter Borderline-Persönlichkeitsstörung/n icht-psychotischer DSM-IV Axis-I Störung	Borderline-Persönlichkeitsstörungen
De Genna et al.	2009	USA	längsschnittliche Kohortenstudie	445 schwangere Frauen zwischen 12-18 Jahren	Substanzabusus (Nikotin, Marijuana, Alkohol)
Friedrich et al.	2005	Deutschland	qualitativ, 3 Interviewserien	1 Serie 47 schwangere Mädchen + junge Mütter zwischen 14-20 2. Serie: 37 junge Frauen 3. Serie: 36 junge Frauen	Verhaltensstörungen im Sinne aggressiven Verhaltens
Henretta et al.	2008	Vereinigtes Königreich	retrospektive Kohortenstudie	US-amerikanische und britische Mütter, Alter bei Erstgeburt <21Jahre (MiMü) und > 21Jahre (VoMü), Alter bei Studienbeginn 6. Lebensjahrzehnt	höheres Level psychischer Störungen allgemein und Depressionen im Speziellen auch Jahrzehnte nach Geburt des ersten Kindes
Holub et al.	2007	USA	längsschnittliche Kohorten- studie (4 Interviews in einem Beobachtungszeitraum von <2 Jahren)	154 schwangere Jugendliche (14-19 Jahre)	Erhöhtes Stresserleben, Anpassungsstörungen
Rossetto et al.	2014	Brasilien	querschnittliche Kohortenstudie	430 minderjährige Schwangere zwischen 14-16 Jahren	Erhöhtes Stresserleben
Salas-Wright et al.	2015	USA	querschnittlich	97850 schwangere Frauen/junge Mütter + Jugendliche zwischen 12-17 Jahren	Abhängigkeits-syndrome (Nikotin, Alkohol, „harte“ Drogen)

*Tabelle 1: Ausgewählte Literaturanalyse zu psychischen Belastungen bei minderjährigen Erstgebärenden.*

### 1.1 Begriffsbestimmung „minderjährige Mutterschaft“

Die minderjährige Mutterschaft wird in dieser Arbeit definiert als das Eintreten der Mutterschaft vor Abschluss des 18. Lebensjahres. Andere Arbeiten gehen über diesen Zeitraum hinaus und sprechen bis zum Erreichen eines Alters von 19 oder 20 Jahren (z.B. Bottorff et al., 2014; De Genna et al., 2009; Friedrich et al., 2005), vereinzelt gar bis zum Erreichen eines Alters von 21 Jahren (Kershaw et al., 2014; Henretta et al., 2008), von einer allgemeinen Unreife der Mutter und beziehen dementsprechend Frauen bis zur Vollendung des 20. - 22. Lebensjahres in ihre Studien mit ein. In der Bundesrepublik Deutschland gilt eine Person nach § 2 des BGB mit Beginn des 19. Lebensjahres im Sinne der Jurisdiktion als volljährig und für ihre Entscheidungen und Handlungen als voll verantwortlich (Bürgerliches Gesetzbuch über [www.gesetze-im-internet.de/bgb/2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/2.html), extrahiert am 14.08.2016). Diese Einschätzung wurde für diese Studie übernommen und folglich galt eine Geburt des ersten Kindes nach Eintritt des 19. Lebensjahres als Ausschlusskriterium für die Einordnung in die Gruppe der minderjährigen Mütter.

### 1.2 Epidemiologie der minderjährigen Mutterschaft

Die minderjährige Mutterschaft machte im Jahr 2015 mit 0,43 % aller Geburten in Deutschland einen relativ kleinen Anteil aller Lebendgeburten aus (Destatis, 2016). Daten vom statistischen Bundesamt über den Anteil der Lebendgeburten durch minderjährige Frauen (< 18 Jahre), verglichen mit der Gesamtzahl der Lebendgeburten in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitraum von 1998 bis 2013, zeigen Schwankungen zwischen einem Maximalwert von 1,03% im Jahre 2002 und einem Minimalwert von 0,41% im Jahre 2013 an (Destatis, 2016). Somit lässt sich über diese Zeit eine abnehmende Tendenz minderjähriger Mutterschaften feststellen, während die Anzahl an Lebendgeburten insgesamt stabil bleibt (Destatis, 2016). Auch der Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen im Alter bis 18 Jahre an Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt unterliegt mit einem Minimalwert von 4,06% in 2010 und einem Maximalwert von 6,06% in 2004 einem leichten Abwärtstrend (s. Abbildung I).

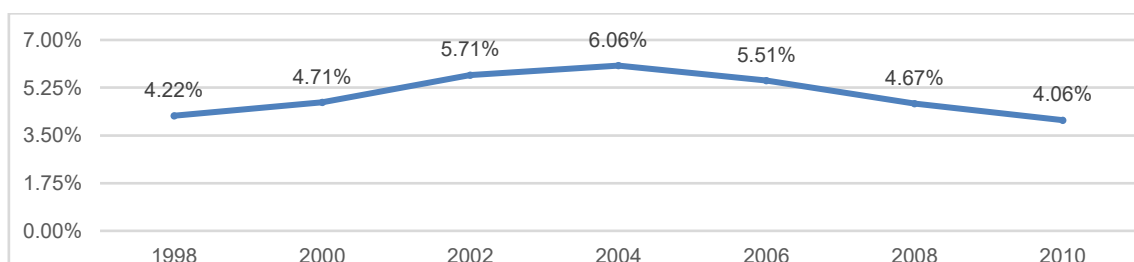


Abbildung I: Anteil von Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen bis 18. Lebensjahr an Schwangerschaftsabbrüchen insgesamt, Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1998 – 2010 nach dem Alter der Frau, (Destatis, 2011).

Daten des statistischen Landesamtes Mecklenburg-Vorpommern für die Jahre 2005-2014 zeigen eine ähnliche Entwicklung. Die Anzahl Lebendgeborener insgesamt stieg von 12.357 im Jahre 2005 auf 12.830 in 2014 etwas an. Die Geburtenzahlen minderjähriger Mütter hingegen sanken von 210 (*entsprechen 1,7% aller Geburten in Mecklenburg-Vorpommern*) in 2005 auf 113 (*entsprechen 0,88% aller Geburten in Mecklenburg-Vorpommern*) im Jahr 2014 (statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern, 2016). Der prozentuale Anteil minderjähriger Mutterschaften in Mecklenburg-Vorpommern liegt damit etwa doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt (0,43% im Jahr 2014; Destatis, 2016). Daten des statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2012 zeigen, dass zwischen den sogenannten „alten“ und „neuen“ Bundesländern insgesamt eine Tendenz zur Angleichung an die Standards der „alten“ Bundesländer besteht. Besonders deutlich zeigt sich dies in dem Abfall der Geburtenzahlen in den „neuen“ Bundesländern zur Zeit der Wiedervereinigung (s. Abbildung II).

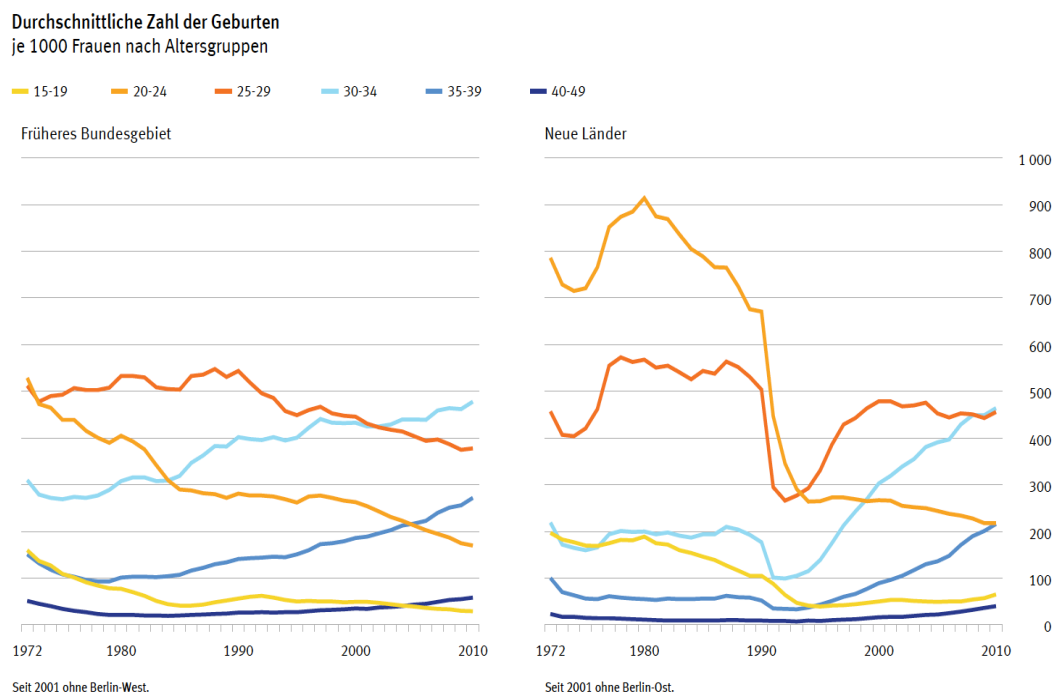


Abbildung II: Durchschnittliche Zahl der Geburten je 1.000 Frauen nach Altersgruppe (Pötzsch, 2012).

### 1.3 Epidemiologie der psychischen Belastung minderjähriger Erstgebärender

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben eine Prävalenz von ca. 10-20% (Hölling et al., 2014; Wille et al., 2008). Zur Prävalenz psychischer Belastungen bei minderjährigen Müttern gibt es bislang keine einheitlichen Daten. Zumeist wird in der

internationalen Literatur recht unspezifisch von einer Assoziation der minderjährigen Mutterschaft mit verschiedenen Störungen des psychischen Befindens gesprochen (s. Tabelle 1). Konkrete Angaben aber fehlen oft. Eine Ausnahme hiervon bildet die 430 minderjährige Mütter einschließende, brasilianische Studie von Rossetto et al. (2014), die für hohen psychischen Stress bei minderjährigen Müttern eine Prävalenz von 32,6% für beschreibt. Auch in Bezug auf Depressionen gibt es Angaben zur Prävalenz bei minderjährigen Müttern (s. Tabelle 2). Insgesamt wird für sie eine erhöhte Rate an Depressionen (Tzilos et al., 2012; Gavin et al., 2011; Gaines Lanzi et al., 2009; Figueiredo et al., 2007) auch Jahrzehnte nach Geburt des Kindes beschrieben (Henretta et al., 2008). Allerdings sind die Angaben zur Prävalenz von Depressionen bei minderjährigen Erstgebärenden uneinheitlich und unterliegen einer hohen Schwankungsbreite (s. Tabelle 2). Hölling et al. (2014) erklären diesen Umstand mit dem Einsatz verschiedener Erhebungsinstrumente zur Diagnosestellung, der Verwendung unterschiedlicher Klassifikationssysteme und -kriterien sowie dem Einschließen unterschiedlicher Altersgruppen in die jeweiligen Studien.

Autor/en	Jahr	Land	Studiendesign	Stichprobe	Prävalenz von Depressionen bei MiMü
Figueiredo et al.	2007	Portugal	längsschnittlich (Beobachtungszeitraum 24-36 SSW und 2-3 Monate postpartum)	108 gesunde Schwangere zwischen 18-40 Jahren. Davon 54 volljährig und 54 minderjährig ( $\leq 18$ Jahre)	25-50%
Gaines Lanzi et al.	2009	USA	längsschnittlich (Beobachtungszeitraum $<2$ Jahre, während der Schwangerschaft und 2,4,6,8 Monate postpartum)	396 gesunde minderjährige (15-18 Jahre) und 286 gesunde volljährige Frauen (19-35 Jahre)	3,8-26,9%
Gavin et al.	2011	USA	längsschnittlich (Beobachtungsdauer: 17 Jahre mit jährlichen Interviews)	240 gesunde minderjährige Erstgebärende ( $\leq 17$ Jahre zu Studienbeginn)	19,8-35,2%
Tzilos et al.	2012	USA	querschnittlich	116 gesunde minderjährige Erstgebärende im Alter zwischen 13-18 Jahren	16-44%

*Tabelle 2: Prävalenz von Depressionen bei minderjährigen Erstgebärenden.*

In der vorliegenden Arbeit werden Angaben zur Zufriedenheit, der aktuellen subjektiven Symptombelastung und der Ausprägung von Persönlichkeitsstilen als Symptome psychischer Belastung erfasst.

Studien, die sich mit der Untersuchung von Zufriedenheit beschäftigen, unterscheiden vielfach zwischen Lebenszufriedenheit und subjektivem Wohlbefinden. *“Life satisfaction”* wird definiert als *“[...] global evaluation by the person of his or her life [...]”* (Pavot et al., 1991, S. 150, zitiert bei Bergold et al., 2015) und wird als eine Komponente des *„subjective well-being“* verstanden (Bergold et al 2015). *„Subjective well-being“* wird definiert als *„[...] people’s evaluations of their lives [...]“* (Lucas & Diener, 2000, S.212). Aufgrund der geringen Trennschärfe zwischen diesen Definitionen werden sowohl Studien zum subjektiven Wohlbefinden (*„subjective well-being“*) als auch zur Lebenszufriedenheit (*„life satisfaction“*) in Zusammenhang mit den in dieser Arbeit untersuchten Zufriedenheitsangaben zitiert.

Faktoren, die bei psychisch und somatisch gesunden Patienten die Zufriedenheit beeinflussen sind z.B. Nikotinkonsum (Barros et al., 2015), Gewalterlebnisse (Poutianen & Holma, 2013), sowie eine psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie (Van der Sanden et al., 2016) und das Bestehen oder Fehlen von Freundschaftsbeziehungen (Schnettler et al., 2015; Oberle et al., 2011). Auch für das Vorliegen von Depressionen, Abhängigkeitssyndromen, Persönlichkeitsstörungen und weiteren psychischen Erkrankungen sind niedrigere Zufriedenheitswerte beschrieben, als für psychisch Gesunde (Ryff, 2014). Da für minderjährige Erstgebärende einerseits ein vermehrtes Vorliegen von Nikotinabusus und Gewalterfahrungen (s. unter 1.4.3) sowie andererseits vermehrt psychische Erkrankungen beschrieben sind (s. Tabelle 1 und 2), stellt sich die Frage, ob minderjährige Mütter auch niedrigere Zufriedenheitswerte aufweisen (*s. Hypothese 4*). Dass dies nicht zwangsläufig zutreffend sein muss, zeigt eine Studie von Zeck et al. (2007), die nachweist, dass minderjährige Mütter durchaus zufrieden, wenn nicht gar zufriedener sind als ihre Kontrollgruppe volljähriger Erstgebärender.

Psychische Belastungen werden in dieser Studie außerdem in aktuell bestehende und zeitlich überdauernde Belastungen unterschieden. Die aktuelle psychische Belastung wird über Angaben zu den Symptomen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus ermittelt. Hier werden entsprechend der bereits dargelegten Studien zu psychischen Erkrankungen bei MiMü (s. Tabelle 1 und 2) eine erhöhte Symptombelastung, sowie erhöhte Angaben zu Depressivität erwartet (*s. Hypothese 5*). Aussagen zu zeitlich überdauernden Merkmalen werden über Untersuchungen zur Ausprägung von Persönlichkeitsstilen generiert.

*„[...] Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht [...]“* (Fiedler, 2007, S. 2). Sie sollen je nach Ausprägungsgrad die psychische Gesundheit positiv

(Wagner & Ruch;2015; Moreira et al., 2014; Poropat,2009; Duckworth et al., 2007) oder aber negativ (Fiedler, 2007, S. 3) beeinflussen.

In der vorliegenden Studie werden die Persönlichkeitsstile Eigenwilliger, Zurückhaltender, Spontaner, Liebenswürdiger, Loyalere und Selbstbehauptender Stil erfasst. Als in einem Zusammenhang mit diesen Persönlichkeitsstilen stehend werden entsprechend der oben aufgeführten Reihenfolge die Paranoide, Schizoide, Borderline, Histrionische, Abhängige und Antisoziale Persönlichkeitsstörung gesehen. „[...] Unter Persönlichkeitsstörungen werden vor allem sozial inflexible, wenig angepasste und im Extrem normabweichende Verhaltensauffälligkeiten verstanden. [...]“ (Fiedler & Herpertz, 2016, S. 34). Wir nehmen für die vorliegende Studie an, dass insbesondere die Abhängige und Borderline Persönlichkeitsstörung für MiMü eine Rolle spielen (s. Hypothese 6). Für die Abhängige Persönlichkeitsstörung wird ein Zusammenhang zu Depressionen gesehen (Kuhl & Kazén, 2009). Zahlreiche Studien beschreiben für MiMü ein vermehrtes Vorkommen von Depressionen (s. Tabelle 2). Es ergibt sich damit für die vorliegende Studie die Frage, ob sich bei den untersuchten MiMü zum einen vermehrt Erkrankungen des depressiven Formenkreises und zum anderen auch vermehrt abhängige Persönlichkeitsmerkmale finden lassen, die die Ergebnisse der aufgeführten Studien bestätigen. Für die Borderline Persönlichkeitsstörung ist ein erhöhtes Risiko von Schwangerschaften in der Adoleszenz beschrieben (Brüne, 2016; Stepp, 2012; De Genna et al., 2013). Nach einer entsprechenden pubmed Recherche (zuletzt 08.08.2016: Stichworte: „borderline personality disorder“ und „adolescent pregnancies“; hits: 17) gibt es nach unserer Kenntnis aber bislang nur eine Studie, die den Zusammenhang minderjähriger Mutterschaft mit Borderline Persönlichkeitsstörungen untersucht. De Genna et al. (2013) beschreiben, dass ca. 20% der Frauen mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung bereits als Teenager Mütter wurden. Angaben darüber, wie hoch umgekehrt die Prävalenz von Borderline Persönlichkeitsstörungen unter minderjährigen Müttern ist, können trotz teils hoher „hit“ Angaben bei der Literaturrecherche nicht ermittelt werden (zuletzt 30.04.2018: Schlagwörter 1. adolescent mothers + borderline personality disorder, hits a) stabikat: 13 , pubmed: 75; 2. teen mothers + borderline personality disorder, hits: stabikat: 0; pubmed: 55; 3. adolescent mothers + borderline symptoms, hits a)stabikat: 1 b) pubmed: 72; 4. teen pregnancy + borderline symptoms, hits: stabikat: 0; pubmed: 12). Dies überrascht, da sich Symptome der Borderline Störung in der Regel im Jugendalter manifestieren (Zanarini et al., 2006). De Genna et al. (2012) untersuchen in ihrer querschnittlichen, unizentrischen Arbeit zwar diese Zusammenhänge, können aber aufgrund des Studiendesigns keinerlei Angaben zur Prävalenz der minderjährigen Mutterschaft unter Frauen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung machen. Allerdings weisen sie für ihre Stichprobe nach, dass Frauen mit Borderline Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger als ihre Kontrollgruppe während der Adoleszenz

schwanger werden und belegen ferner, dass dieser Zusammenhang auch nach Berücksichtigung des sozioökonomischen Status und der ethnischen Zugehörigkeit signifikant bleibt. Auch sie beklagen den Mangel an Literatur zu diesem Thema. Eine Erklärung für diese Forschungslücke mag sein, dass die Abgrenzung von Persönlichkeitsstil zu Persönlichkeitsakzentuierung und einer manifesten Persönlichkeitsstörung zum einen generell schwierig ist, „[...] da die Übergänge zwischen sozial akzeptierter und sozial nicht akzeptierter Abweichung sehr kontextabhängig und fließend sind [...]“ (Fiedler, 2007, S. 3) und Persönlichkeitsstile zum anderen bis zum Erreichen des Erwachsenenalters als nicht stabil gelten. Persönlichkeitsstörungen werden daher im Jugendalter selten diagnostiziert (Stepp, 2012). Problematisch ist ebenfalls, dass mitunter wenig Trennschärfe zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstilen besteht (Novais et al., 2015; Durbin & Hicks, 2014; Eaton et al., 2011; Bakkevig et al., 2010; Sulz, 2010), weshalb einige Autoren einen Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen, weg von einer Abgrenzung einzelner Persönlichkeitsstörungen voneinander und hin zu einer stärker symptomorientierten Klassifikation empfehlen, etwa in überwiegend internalisierendes bzw. externalisierendes Verhalten (Durbin & Hicks, 2014).

#### **1.4 Psychosoziale Risiko-/Schutzfaktoren, Coping und die Entstehung psychischer Störungen**

Für die Entstehung psychischer Störungen wird eine multifaktorielle Genese als verantwortlich gesehen, bei der „[...] genetische und physiologische Faktoren zusammen mit psychosozialen und individuell lerngeschichtlichen Aspekten, sowie mit psychosozialen und anderen Umgebungsfaktoren zu Entstehung und Verlauf [...] beitragen[...]“ (Erhart et al., 2007, S. 800). In diesem Abschnitt soll eine allgemeine Einführung in die für die vorliegende Arbeit relevanten Themengebiete psychosozialer Risiko- und Schutzfaktoren sowie des Copings und ihrer Bedeutung für das psychische Empfinden einer Person erfolgen. Anschließend erfolgt jeweils eine Bezugnahme dieser Bereiche zur minderjährigen Erstgebärenden.

##### **1.4.1 Psychosoziale Risikofaktoren und die Entstehung psychischer Störungen**

„Risikofaktoren werden als krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale definiert, von denen potentiell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung [...] ausgeht“ (Holtmann & Schmidt, 2004; zitiert bei Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009, S.20). Es besteht in der internationalen Literatur Konsens darüber, dass je mehr negative Einflussfaktoren vorliegen und umso weniger Kompensationsmechanismen bestehen, es umso wahrscheinlicher zu einem negativen Entwicklungsergebnis kommt (Ravens-Sieberer et al., 2007; Van der Laan et al., 2010). Dies



ist insbesondere dann der Fall, wenn es zu einer Kumulation von Risikofaktoren kommt (Ravens-Sieberer et al., 2007). Das Risiko für ein negatives Entwicklungsergebnis wird darüber hinaus durch ein Zusammentreffen von Risikofaktoren aus mehreren Lebensbereichen verstärkt (Van der Laan et al., 2010).

Risikofaktoren werden unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet. Es wird zwischen fixen, also unveränderlichen Faktoren (beispielsweise ein niedriger IQ; Bengel et al., 2009) und variablen, d.h. prinzipiell veränderbaren Faktoren (beispielsweise Drogenkonsum; Kuntz et al., 2015; Erhart et al., 2007), unterschieden.

Risikofaktoren werden in der vorliegenden Arbeit entsprechend der Lebensbereiche (familiär, sozial, personell) kategorisiert, denen sie zuzuordnen sind. Risikofaktoren, die in der vorliegenden Studie untersucht werden, sind ein niedriger sozioökonomischer Status (Lampert & Kuntz, 2015; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009; Erhart et al., 2007; Musick 1993), Unvollständigkeit der Ursprungsfamilie (Erhart et al., 2007; Musick, 1993), eine psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie (Van der Sanden et al., 2016; Ravens-Sieberer et al., 2007; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009), eine psychische Erkrankung in Kindheit oder Jugend (Gavin et al., 2011; Ravens-Sieberer et al., 2007), Gewalterfahrung (Nilsson et al., 2015; Yael Dvir et al., 2014; Schlack & Petermann, 2013; Gavin et al., 2011; Schlack & Hölling, 2007, Erhard et al., 2007), Nikotinabusus (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015; Potvin et al., 2015; Lampert & Kuntz, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2012), Drogenabusus (Lampert & Kunz, 2014; Erhart et al., 2007, Silberg et al., 2003) sowie schlechte Schulleistungen (Van der Laan et al., 2010; Musick, 1993). Schlack und Hölling (2007) beschreiben vor allem für das Erleben von Gewalt gravierende Auswirkungen auf die körperliche und mentale Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen. Sie nennen „[...] körperliche Verletzungen, Verhaltens- und Beziehungsstörungen, psychosomatische Erkrankungen und Depressionen bis hin zu Selbsttötungsversuchen [...] ein erhöhtes Risiko selbst zum Täter zu werden [...] als Folge von Gewaltopfererfahrungen [...]“ (Schlack & Hölling, 2007, S. 819). Nilsson et al. (2015) benennen Frauen in der Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren, die mehrfach traumatischen Lebensereignissen ausgesetzt waren, als besondere Risikogruppe für psychische Belastungen. Es besteht bei der Betrachtung sowohl der Risiko- als auch der Schutzfaktoren in der Forschung noch Uneinigkeit hinsichtlich der Wirkungsweise dieser Faktoren. Van der Laan (2010) schreibt, dass die Wirkung der psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren in der aktuellen Forschung von einigen Wissenschaftlern als unipolar (Rutter et al., 2003, zitiert bei Van der Laan et al., 2010) und von anderen als bipolar (Stouthamer-Loeber et al., 2003, zitiert bei Van der Laan et al., 2010) angesehen wird. Eine unipolare Wirkung ist definiert als alleinige Wirkung eines bestimmten Faktors, die sich bei Vorliegen dieses Faktors entfaltet, sei dies in positiver oder aber in negativer Hinsicht. Unter einer bipolaren Wirkung versteht

man, dass jeder einwirkende Risikofaktor nur in Abhängigkeit mit der Vulnerabilität des Betroffenen zur Ausprägung gelangt (Van der Laan et al., 2010). Das heißt, die Wahrscheinlichkeit einer Ausprägung der negativen Folgen einwirkender Risikofaktoren, steigt mit zunehmender Vulnerabilität des Betroffenen und steht damit im Einklang mit dem für diese Studie als Grundlage dienenden Diathese-Stress-Modell (s. Abbildung III).

#### 1.4.2 Psychosoziale Schutzfaktoren und die Entstehung psychischer Störungen

*„[...] Unter Schutzfaktoren werden individuelle und soziale Merkmale, Eigenschaften und Lebensumstände verstanden, die sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken können. Im Zusammenspiel von biologischen Voraussetzungen und der sozialen und materiellen Umwelt bilden sich [...] Kompetenzen und Eigenschaften heraus, die als personale Ressourcen [...] für eine erfolgreiche Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben zu betrachten sind [...]“* (Masten & Reed, 2001, zitiert bei Ravens-Sieberger et al., 2002, S. 31). Bei den Schutzfaktoren handelt es sich nicht lediglich um das Gegenteil der Risikofaktoren, sondern um eine Ergänzung des Risikofaktorenkonzepts, welches gekennzeichnet ist durch den Nachweis eines Puffereffekts und die Abgrenzung zum Konzept der Resilienz (Bengel et al., 2009).

Schutzfaktoren lassen sich unterschiedlich kategorisieren. Eine übliche Einteilung, die auch für die vorliegende Arbeit übernommen wird, ist die Einteilung in personelle, familiäre und soziale Schutzfaktoren (Bengel et al., 2009). Zu den personellen Schutzfaktoren, die in dieser Arbeit untersucht werden, zählen ein erstgeborenes Kind (Bengel et al., 2009) zu sein, gute schulische Leistungen (Collins, 2010; Bengel et al., 2009; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009; Fergus & Zimmermann, 2005) und das eigenständig erwirtschaftete Einkommen (Collins, 2010; Cremieux et al., 2004; Hayton, 2002; Taylor, 20001; Evans & Repper, 2000). Als Schutzfaktor der Familie gilt eine stabile emotionale Beziehung zu Bezugspersonen. Hillis et al. (2010) postulieren in ihrer retrospektiven Kohortenstudie für positive, qualitative Familienmerkmale einen protektiven Effekt gegen eine frühe Kohabitararchie und minderjährige Schwangerschaften. Es wird konkret beschrieben, dass *„[...] strukturelle Familienmerkmale eine geringere Bedeutung haben als Beziehungs-, Bindungs- und Erziehungsqualität [...]“* (Bengel et al., 2009, S. 157). Für stabile Bindungen zu Bezugspersonen ist allerdings eine positive Wirkung auch ohne Vorliegen einer Risikosituation beobachtet worden, womit sie keinen Puffereffekt aufweisen und damit streng genommen nicht unter die Definition eines Schutzfaktors fallen. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit, sowie auch in einigen internationalen Studien (Van der Laan et al., 2010; Fergus & Zimmermann, 2005) die Intaktheit der Ursprungsfamilie als ein strukturelles Merkmal und damit protektiver Faktor untersucht. Positive, qualitative Merkmale, wie z.B. Vorliegen einer stabilen Beziehung zu einer Bezugsperson, werden vermieden. Soziale Schutzfaktoren, die in dieser Arbeit

untersucht werden, sind das Vorliegen enger Freundschaften und das Fehlen von Armut (Bengel et al., 2009; Fergus & Zimmermann, 2005; Rutter, 2003; Musick, 1993). Schließlich wird bei den Schutzfaktoren, wie bereits bei den Risikofaktoren, ein kumulativer Effekt beschrieben (Van der Laan, 2010; Fergus & Zimmermann, 2005), der in dieser Arbeit ebenfalls untersucht wird.

#### 1.4.3 Psychosoziale Risiko-/Schutzfaktoren und die Entstehung psychischer Störungen im Kontext minderjähriger Mutterschaft

Risikofaktoren und Schutzfaktoren, die für minderjährige Mütter gelten, sind letztlich dieselben, die auch auf andere Personengruppen bezogen werden können. Allerdings zeigt sich ein deutlicher kumulativer Effekt für das Vorliegen von Risiko- bzw. Schutzfaktoren bei Jugendlichen (Wille et al., 2008). Wille et al. (2008) beschrieben in ihrer Studie an einem Patientenkollektiv von 1.389 Mädchen und 1.474 Jungen im Alter von 7-17 Jahren, dass die Auftretenswahrscheinlichkeit für psychische Störungen mit jedem Risikofaktor steigt, aber auch mit jedem Schutzfaktor sinkt. Das heißt, es besteht einerseits eine besondere Vulnerabilität gegenüber Risikofaktoren, aber ebenso auch eine große Chance für ein positives Entwicklungsergebnis durch den Puffereffekt der Schutzfaktoren. Diesen Puffereffekt sehen Wille et al. (2008) als Folge verbesserter Coping-Fähigkeiten des Kindes/Jugendlichen, welche aus dem Vorliegen von Schutzfaktoren heraus resultieren. Für minderjährige Mütter ist in der Literatur eine deutlich höhere Risikofaktorenbelastung beschrieben als für ihre Altersgenossen (Ngum Chi Watts, 2015; Van der Laan, 2011; Henretta et al., 2008; Woodward et al., 2001; Musick, 1994, u.v.m.). Das macht sie entsprechend der Ergebnisse von Wille et al. (2008) zu einer besonders vulnerablen Gruppe von Teenagern. Sie weisen einen niedrigeren sozioökonomischen Status (Ngum Chi Watts, 2015; Gavin et al., 2011; Henretta, 2008; Block & Matthießen, 2007; Friedrich et al., 2005; Fergus & Zimmermann, 2005; Araj, 2003; Hanna, 2001; Musick, 1993) und eine schlechtere Schulbildung auf (Henretta et al., 2008; Hannemann, 2007; Bonell et al., 2005; Hanna, 2001; Musick, 1993). Sie sind häufiger von Transferleistungen abhängig (Hannemann 2007; Krebs-Remberg, 2005; Hanna, 2001; Coley & Chase-Landsdale, 1998), haben häufiger Erfahrungen mit Alkohol, Nikotin und Drogen (Salas-Wright et al., 2015; De Genna & Cornelius, 2015; Bottorff et al., 2014; Chapman & Wu, 2014; De Genna et al., 2009; Coley & Chase-Landsdale, 1998), stammen häufiger aus zerrütteten Familienverhältnissen (Hannemann, 2007; Woodward et al., 2001; Musick, 1993) und weisen deutlich häufiger Gewalterlebnisse in ihrer Biografie auf (Anderson & Pierce, 2015; Spicer et al., 2013) als gleichaltrige Nicht-Mütter. Besonders problematisch am Vorliegen dieser speziellen Risikofaktoren ist, dass sie zumeist nicht vorübergehender Natur sind und vielfach miteinander assoziiert sind. So geht eine schlechte Schulbildung im Zeitverlauf mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status

einher, der wiederum eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Abhängigkeit von Transferleistungen nach sich zieht. Es ist insbesondere auch für den Substanzmissbrauch (= *Alkohol, Nikotin, Cannabis, sowie sogenannte „harte“ Drogen*) bei minderjährigen Müttern beschrieben, dass sie ihn vielfach ins Erwachsenenalter übernehmen und nicht etwa als Folge eines erfolgreichen adoleszenten Entwicklungsprozesses aufgeben (De Genna et al., 2015 & 2009; Chapman & Wu, 2014; Gilmore et al., 2006). Drogenabusus und Gewalterfahrung sind mit einem signifikanten Anstieg für die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung psychischer Störungen verbunden (Veigel-Maruschke, 2015; Distel et al., 2012; Gavin et al., 2011). So stehen beispielsweise Gewalterfahrungen in Kindheit/Jugend (Gavin et al., 2011), Nikotin- und Cannabiskonsum (De Genna et al., 2009) in einem positiven Zusammenhang zu depressiven Störungen bei minderjährigen Müttern. Bunevicius et al. (2009) wiesen einen positiven Zusammenhang zwischen ungewollter, ungeplanter Schwangerschaft und der Auftretenswahrscheinlichkeit depressiver Störungen nach. Das Erleben von Gewalt ist mit einem sehr breiten Spektrum psychischer Erkrankungen assoziiert, die sowohl Externalisierungs- als auch Internalisierungsprobleme beinhalten und von posttraumatischer Belastungsstörung, Angststörungen, Substanzabusus über Depressionen, Essstörungen hin zu Persönlichkeitsstörungen reichen (Howard, 2015; Yael Dvir et al., 2014; Berenz et al., 2013; Schlack & Petermann, 2013; Gavin et al., 2011; Purtscher, 2008; Schlack et al., 2007). Für adolescente Mädchen sind in der internationalen Literatur aber konstant und in überwiegendem Maße Internalisierungsstörungen beschrieben (Schlack & Petermann, 2013; Purtscher, 2008). Der Risikofaktor „Gewalterfahrung“ ist jedoch als derart disruptiv für die psychische Befindlichkeit anzusehen, dass sich die für minderjährige Mädchen typischen Störungen um ein Vielfaches erweitern und um für sie untypische Externalisierungsstörungen ergänzen, die sonst eher für männliche Jugendliche typisch sind (Schlack & Petermann, 2013). Diesen Umstand beschreibt der Ausdruck „*gender cross over*“ (Schlack & Petermann, 2013). Gewalterfahrungen sind außerdem mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (Schlack & Petermann, 2013; Schlack et al., 2007) und weiblichem Geschlecht (Lampert & Kuntz, 2015) assoziiert, was zurück zu den minderjährigen Müttern führt, die damit zu einer besonderen Risikopopulation für Gewalterlebnisse und folglich auch zu einer Risikopopulation für die Entwicklung einer breiten Reihe von psychischen Erkrankungen werden. Ein hoher Bildungsabschluss hingegen dient als protektiver Faktor für die psychische Gesundheit nach Gewalterlebnissen (Hengartner et al., 2013) und gibt Hoffnung, dass das psychische Befinden von Personen auch nach solch schwerwiegenden Erlebnissen positiv beeinflusst werden kann. Lepore & Evans (1996) schreiben in Hinblick darauf, dass es weniger auf die Risikofaktorenbelastung allein, als vielmehr auf ihr Zusammenspiel mit Bewältigungsstrategien ankommt. Es ist also der Frage nachzugehen, ob der negative Einfluss der Risikofaktoren auf das psychische Befinden kompensiert werden kann, etwa durch das

Vorliegen von Schutzfaktoren oder bestimmten Stressverarbeitungsstrategien. Sofern keine offensichtliche Kompensation dieser Risikofaktoren zu erkennen ist, wird zu klären sein, inwiefern die Gruppe minderjähriger Erstgebärender vermehrt unter Störungen des psychischen Befindens leidet (*s. Hypothese 4*). Allerdings ist auch der Nachweis erbracht worden, dass psychische Störungen selber einen Risikofaktor für eine Schwangerschaft im Jugendalter darstellen (Pedersen & Mastekaasa, 2010; Jaffee et al., 2001; Fergusson et al., 1998; Kolip et al., 1995; Zoccolillo et al., 1997), womit sich die Frage stellt, ob die minderjährige Mutterschaft Risikofaktor für eine Störung des psychischen Befindens ist, oder aber auch als Ausdruck einer solchen Störung zu verstehen ist.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die minderjährige Mutterschaft eine mit vielen Risikofaktoren einhergehende Aufgabe zu sein scheint (*s. Hypothese 1*), die oft mit einem Mangel an Ressourcen (*s. Hypothese 2*) bewältigt werden muss (Collins, 2010; Musick, 1994). Es ist daher eine relevante Frage, inwieweit die Entwicklungsaufgaben, die sich der minderjährigen Mutter stellen, erfolgreich bewältigt werden können, oder sich bei ihnen vermehrt Störungen des psychischen Befindens entwickeln (*Hypothese 8*).

#### 1.4.4 Stress, Coping und die Entstehung psychischer Störungen

Das Phänomen Stress ist definiert als „[...] jedes Ereignis, in dem äußere und innere Anforderungen (oder beide) die Anpassungsfähigkeit eines Individuums (oder sozialen Systems) oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen [...]“ (Lazarus & Folkman, 1981, S. 226). Der Endokrinologe Hans Selye war der Erste, der den Begriff „Stress“ in diesem Zusammenhang für den Zustand und den Begriff „Stressor“ für das Agens prägte (Selye, 1953).

Das Diathese-Stress-Modell gilt als „[...] allgemeingültiges, schulenunabhängiges Modell der Entstehung psychischer Störungen [...]“ (Psychrembel Online, extrahiert am 14.08.2016) und dient für die hier vorliegende Arbeit als Grundlage (s. Abb. III).

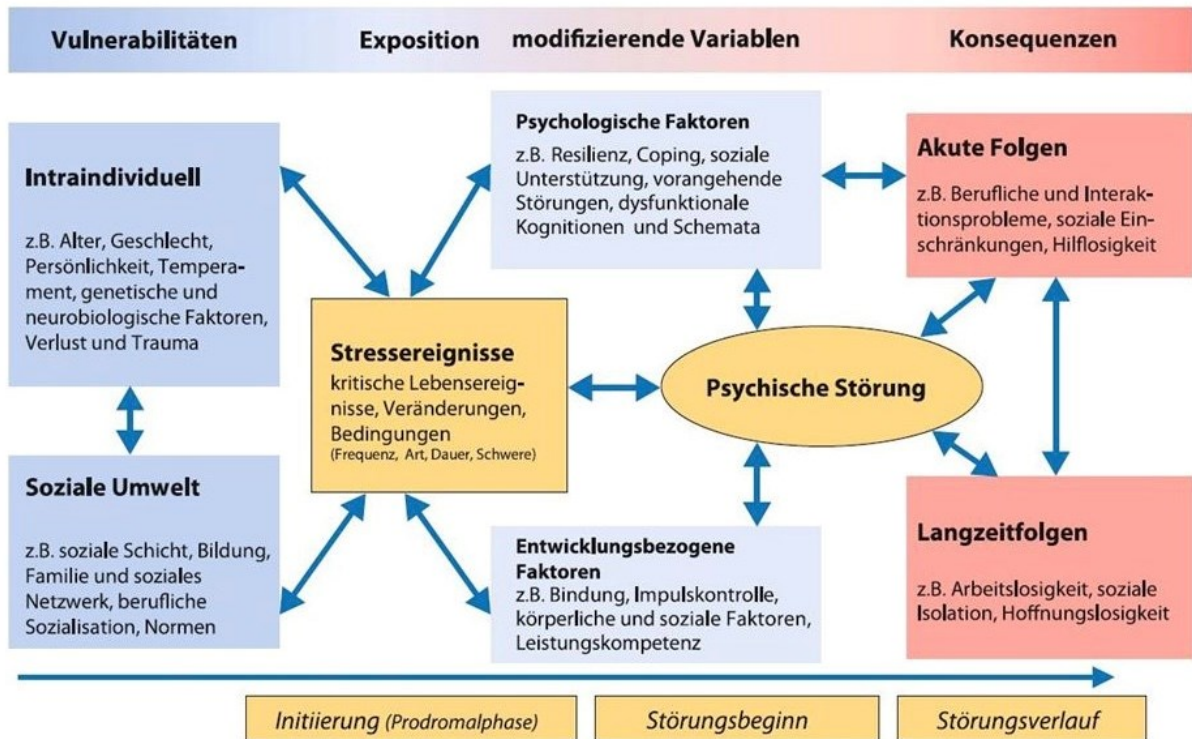


Abbildung III: Diathese-Stress-Modell, (Wittchen & Hoyer, 2011).

Die Grundannahme hierbei ist, dass für die Entwicklung psychischer Störungen sowohl die Einwirkung von Stressoren auf den Menschen als auch dessen Vulnerabilität gegenüber Belastungen von entscheidender Bedeutung ist, d.h., Stress stellt ganz konkret einen Faktor in der Entstehung von Krankheit dar (Fiedler, 2007, S. 115-117). Das Diathese-Stress-Modell berücksichtigt daneben auch die Belastung aufrechterhaltenden Faktoren. Entsprechend kann die Prädisposition nicht verändert, die Auslösung nicht rückgängig gemacht werden, jedoch können die aufrechterhaltenden Faktoren, beispielsweise psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren sowie Coping, beeinflusst werden. In diesem Zusammenhang erklärt sich auch die Bedeutung des Diathese-Stress-Modells für die vorliegende Studie. Es liefert neben einer Erklärung für die Entstehung von Krankheit oder Störungen bei den untersuchten Müttern auch eine Betrachtung krankheitsaufrechterhaltender Faktoren und somit Ansatzpunkte zur Prävention einer Krankheitsentwicklung.

Die unterschiedliche Auswirkung von vergleichbar stressreichen Situationen auf verschiedene Menschen führte dazu, dass die Stressbewältigung vermehrt in den Fokus der Forschung rückte. Coping wird definiert als „[...] Prozess der Auseinandersetzung mit belastenden Situationen und Stressoren, der behaviorale, emotionale, kognitive oder motivationale



*Reaktionen umfasst [...]“* (Pschyrembel Online, extrahiert am 14.08.2016) bzw. als *“[...] Constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person [...]”* (Lazarus & Folkman 1984, S.141). Es ist hierbei wichtig zu betonen, dass die Begriffe Coping und Stressbewältigung als neutrale Beschreibung der unternommenen Anstrengung zur Lösung eines Problems zu verstehen sind und nicht mit der erfolgreichen Meisterung dieses Problems gleichzusetzen sind (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009). Misslungene Stressbewältigung allerdings geht mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen einher (Pozzi et al., 2015; Zhang et al., 2014). Gelungene Stressverarbeitung dient im Gegensatz dazu als Schutzfaktor für die psychische Befindlichkeit (Bengel et al., 2009). Die Einordnung verschiedener Copingstile hinsichtlich ihrer Wirkung auf das psychische Befinden ist problematisch. Die Copingforschung weist eine Vielzahl möglicher, zumeist dichotomer Klassifikationsmöglichkeiten für Stressverarbeitungsstile auf. So können sie als problem- oder emotionsorientiert (Allott et al., 2015; Costa et al., 1996; Lazarus & Folkman, 1984), als handlungsbezogen oder vermeidend (Costa et al., 1996), reif oder unreif (Penley et al., 2002) und dispositionell sowie kontextbezogen (Lazarus, 2006) unterschieden werden. Ob der eine oder andere Coping-Stil a priori als protektiv (oder aber nicht) gewertet werden kann, ist umstritten.

Insgesamt werden unter problemzentriertem, handlungsbezogenem, reifem und funktionalem Coping Bewältigungsstrategien verstanden, die der aktiven Beseitigung des Stressors dienen. Beispiele für solche Coping-Stile sind die Suche nach Information oder das Anfordern von Hilfe durch andere Personen. Sie werden allgemein als positive Stressverarbeitungsstile durch ihre Assoziation mit psychischer Gesundheit und subjektivem Wohlbefinden gewertet, wenngleich die Klassifikationssysteme nicht synonym zueinander sind und jeweils unterschiedliche Stressverarbeitungsstile inkorporieren (Pozzi et al., 2015; Zhang et al., 2014; Bengel et al. 2009; Soucy Chartier et al., 2011; Robilotta et al., 2010; Lazarus & Folkman, 1984).

Emotionszentrierte und vermeidende Bewältigungsstrategien zielen eher auf eine Veränderung der Wahrnehmung des Stressors. Bei Anwendung solcher Stressverarbeitungsstile besteht der Stressor weiterhin fort und wenn er auch zeitweise durch emotionale Umdeutung nicht als solcher wahrgenommen wird, so besteht doch immer die Möglichkeit der Wiederkehr in seiner ursprünglichen Wahrnehmung. Grundsätzlich wird diese Form der Stressverarbeitung daher als wenig effektiv, unreif und teilweise gar als stresssteigernd (Allott et al., 2015) und mit Angststörungen, Depressionen und anderweitigen Störungen der psychischen Befindlichkeit (Pozzi et al., 2015) assoziiert angesehen. Allerdings ist emotionszentrierte, vermeidende Stressverarbeitung keinesfalls als durchweg negativ und somit nicht als rein dysfunktional einzustufen, da es Situationen gibt, in denen eine

Beseitigung des Stressors misslingt oder aber gänzlich unmöglich ist. In diesen Situationen befinden sich beispielsweise Menschen mit chronischen Erkrankungen, deren Angehörige (Folkman & Moskowitz, 2000), Menschen in sozioökonomisch belastetem Umfeld, Kriegsgebieten oder in Gefängnissen.

Ein emotionszentriertes, vermeidendes Coping, etwa durch Bagatellisierung, Ablenkung, Hinwendung zu Angenehmem und/oder ähnliche Bewältigungsstrategien bietet Personen in solchen Situationen die Möglichkeit, ihre Lebensqualität trotz misslicher Umstände zu verbessern. Die emotionale Umdeutung von Stressoren kann sich z.B. auch dann positiv auswirken, wenn im Moment der Einwirkung nicht die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen, um dem Stressor mittels problemorientierter Bewältigungsstrategien beizukommen, oder dies unmöglich ist. Ein zeitlicher Aufschub der Auseinandersetzung oder Konfrontation, der durch emotionszentrierte oder vermeidende Stressverarbeitung erfolgt, kann die Betroffene in eine Lage versetzen, in der sie über die notwendigen Ressourcen verfügt, diesen Stressor zu beseitigen (Zeidner, 1996).

Zusammenfassend ergibt sich daraus, dass bei emotionsorientiertem, vermeidendem oder sogenanntem unreifen Coping der Kontext der betroffenen Person, die Situation, in der sie sich befindet, und ihre persönliche Disposition betrachtet werden müssen, um eine Aussage über die längerfristige Effektivität dieser Bewältigungsstrategie zu machen, während problemzentriertes Coping in zahlreichen Studien als eine erfolgreiche Form der Stressverarbeitung beschrieben wird (Pozzi et al., 2015; Soucy Chartier et al., 2011; Robilotta et al., 2010).

Diesen Arbeiten steht die Metaanalyse von Penley et al. (2002) entgegen, die in ihrer Studie an einem gesunden Patientenkollektiv die Wirkung angewandter Stressverarbeitungsstile auf die physische (z.B. Blutdruck) und psychische Gesundheit (subjektives Wohlbefinden) untersuchten und keinen signifikanten Zusammenhang zwischen positiver Stressverarbeitung und Gesundheit nachweisen konnten. Zhang et al. (2014) gehen in ihrer Arbeit noch einen Schritt weiter und empfehlen eine Loslösung von einer hierarchischen Klassifikation von Stressverarbeitungsstilen. Grundlage für diese Empfehlung waren Studienergebnisse, die zeigten, dass als unterschiedlich effektiv klassifizierte Stressverarbeitungsstile wie problemorientiertes und vermeidendes Coping sich in ihrer Wirkung auf die psychische Befindlichkeit eines Menschen nicht zwangsläufig unterscheiden (Zhang et al., 2014). Auch die Anzahl angewandter Copingstile scheint eine Rolle zu spielen. So beschreiben Boekaerts et al. (1995) als Grundlage für die Anwendung multipler Copingstile einen Ressourcenmangel bei der betroffenen Person. Einigkeit besteht am ehesten in der Einordnung bestimmter Copingstrategien als negativ für die psychosoziale Entwicklung. So werden zum Beispiel unkontrollierte Pharmakaeinnahme und Alkoholkonsum durchweg als dysfunktionale



Stressbewältigungsstrategien gewertet, die die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen (Krennek & Maisto, 2013).

Das Anwenden bestimmter Copingstile beeinflusst einerseits den Persönlichkeitsstil und wird andererseits auch durch ihn beeinflusst (Moreira et al., 2014; Compas, 2009; Donnellan et al., 2009; Lazarus, 2006; Compas et al., 2004; Penley et al., 2002; Folkmann, 2000; Costa et al., 1996; Lazarus, 1966). So können beispielsweise adaptive Bewältigungsstrategien die Persönlichkeitsentwicklung positiv beeinflussen („*healthy personality development*“ S. 13, Moreira et al., 2014) und dadurch zu einem starken Indikator für psychische Gesundheit werden (Moreira et al., 2014). Dem Persönlichkeitsstil einer Person wird ebenso wie ihren Lebensumständen ein signifikanter Anteil an der Lebenszufriedenheit („*well being*“) zugeschrieben (Suldo & Shaffer, 2008; Diener et al., 2003 - zitiert bei Moreira et al., 2014; Lucas & Diener, 2000). Es wird angenommen, dass Menschen ein bevorzugtes Repertoire an Bewältigungsstrategien haben (Lazarus, 2006; Penley et al., 2002) und dass diese auch einen Zusammenhang zu psychischen Störungen aufweisen (Freud, zitiert nach Schneider, 2009 und Parker & Endler, 1996). Caspi & Moffit (1995) argumentieren, dass stressreiche Ereignisse Persönlichkeitseigenschaften nicht überwinden, sondern vielmehr präexistente Merkmalszüge akzentuieren. Ihre Schlussfolgerung ist demnach, dass sich die tatsächliche Disposition des Individuums unter Belastung offenbart und nicht, dass sie dadurch grundlegend verändert wird. Diese Schlussfolgerung steht im Einklang mit dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Diathese-Stress-Modell (s. Abb. III). Diese Assoziation zwischen Persönlichkeit und Coping unterstreicht die Bedeutung früher Interventionen zur Vermeidung der Entwicklung beziehungsweise Fortführung maladaptiver Verhaltensweisen (Compas et al. 2004), die die Entwicklung psychischer Störungen begünstigen. Diese Einschätzung wird auch von Heldon & Lybomirsky (2006) geteilt. Sie beschreiben, dass eine anhaltende Zufriedenheit („*happiness*“) eher durch Änderungen von Verhaltensweisen, als durch Änderungen der äußeren Umstände möglich sei. Demnach ist der Frage nachzugehen, ob sich das psychische Befinden der MiMü und VoMü eher in Bezug auf ihr Alter bei Geburt des ersten Kindes, oder in Bezug auch die von ihnen angewandten Copingstile unterscheidet (s. *Hypothese 7*). Es fehlt bislang noch an einem einheitlichen Klassifikationssystem (Garcia, 2010; Compas, 2009; Compas et al., 2004) beziehungsweise einem Goldstandard zur Messung von Copingstrategien. Die Unterscheidung von bis zu 400 Coping Subtypen (Skinner et al., 2003) führt dazu, dass die Vergleichbarkeit der verschiedenen Forschungsarbeiten zum Thema Coping eingeschränkt ist (Garcia, 2010; Endler & Parker, 1990; Skinner et al., 2003). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Copingforschung meist anhand von Selbstbeurteilungsinstrumenten erfolgt, deren Aussagen einerseits die tatsächlich angewandten Bewältigungsstrategien nicht unbedingt wiedergeben, aufgrund unterschiedlicher Erhebungsinstrumente schlecht miteinander vergleichbar sind und

Abweichungen zu vorherigen Angaben zu angewandten Copingstilen zeigen (Stone et al., 1998; Todd, 2004). Zusammenfassend ergibt sich, dass es sich beim Konzept der Copingstile um nicht einheitlich definierte Stile handelt, deren Einteilung und Bewertung ihrer Funktionalität nicht trivial ist. Bislang ist die Frage, ob das von einer Person angewandte Coping von ihrem Persönlichkeitsstil abhängig und damit relativ stabil ist, von der aktuellen Situation abhängt und eher dynamischen Charakter besitzt, oder ob Coping intraindividuell sowohl stabile als auch dynamische Elemente aufweist, nicht geklärt. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, diese Forschungslücke zu schließen, und weiteren Aufschluss über Einflussfaktoren und Wirkungsweise angewandter Stressverarbeitungsstile geben.

#### 1.4.5 Stress, Coping und die Entstehung psychischer Störungen im Kontext minderjähriger Mutterschaft

Für Jugendliche werden Stressoren von Garcia et al. (2010) unterschieden in solche, die auf einem Mikrolevel auftreten und die Jugendlichen direkt beeinflussen (Schule, Peers, Familie), und solche, die auf einem Makrolevel auftreten und die Jugendlichen eher indirekt beeinflussen (gesellschaftliche Werte, ökonomischer Status). Herausforderungen, die sich der minderjährigen Mutter stellen, reichen von der Mutterschaft über die Partnerschaft und akademische Ausbildung hin zum Berufsleben (Kershaw et al., 2013; Fiedler, 2007, S. 68-70; Fergusson & Woodward, 2000; Musick, 1993). Bronfenbrenner beschreibt dies als „ökologischen Übergang“, der auftritt, „[...] wenn eine Person ihre Position in der ökologisch verstandenen Umwelt durch einen Wechsel ihrer Rolle, ihres Lebensbereichs oder beider verändert [...]“ (Bronfenbrenner, 1981, S. 43). Auf die vorliegende Studie bezogen heißt dies, dass es für die Minderjährige durch die Mutterschaft zu einem „ökologischen Übergang“ (Bronfenbrenner, 1981, S. 43) kommt, der es mit sich bringt, dass eine deutlich höhere Anzahl an Stressoren auf einem Mikrolevel auftreten und sie direkt beeinflussen. Minderjährige Mütter müssen daher Brücken zwischen den verschiedenen „Mikrolevel-Lebensbereichen“ schlagen, um ihren unterschiedlichen Anforderungen gerecht zu werden. Zahlreiche Studien beschreiben, dass minderjährige Mütter im Vergleich zu gleichaltrigen Nullipara und zu volljährigen Erstgebärenden einem erhöhten Stresspotential ausgesetzt sind (Spicer et al., 2013; Henretta et al., 2008; Friedrich et al., 2005; Hannemann, 2007; Musick, 1993). Das erhöhte Stresspotential minderjähriger Mütter wird damit erklärt, dass sowohl die Adoleszenz als auch die erste Mutterschaft für sich genommen jeweils kritische Lebensereignisse (Ngum Chi Watts et al., 2015; Fiedler, 2007, S. 69; Musick, 1993) darstellen, die von den minderjährigen Müttern nicht nur zeitgleich gemeistert werden müssen, sondern ihnen auch ganz unterschiedliche Anpassungsleistungen abverlangen. Die Anforderungen an eine junge Mutter einerseits und ihre Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben als Teenager andererseits, sind sehr konträr gestaltet (Ngum Chi Watts

et al., 2015; Anthuber & Anthuber, 2006; Krebs-Remberg, 2005). In der Adoleszenz werden Entwicklungsprozesse initiiert, die der Ausbildung einer eigenverantwortlichen, unabhängigen Persönlichkeit dienen und somit letztlich einen Prozess der Identitätsfindung darstellen (Fiedler, 2007, S. 69; Hannemann, 2007; Garcia, 2010; Strack & Feifel, 1995; Musick, 1994). Mit der Mutterschaft hingegen beginnt eine Lebensphase, in der sich ein Großteil der Aufmerksamkeit auf die Fürsorge und Verantwortung für einen anderen Menschen und dessen Bedürfnisse richtet. Hieraus kann sich für minderjährige Mütter zum einen eine erhöhte psychische Belastung und zum anderen auch eine von ihnen als besonders belastend empfundene soziale Isolation und gesellschaftliche Stigmatisierung (Ngum Chi Watts, 2015; Aujoulat et al., 2010; Collins, 2010; Hanna, 2001, I) entwickeln. Als minderjährige Mutter haben sie zwei Rollen gleichzeitig inne, können diesen aber nur eingeschränkt nachgehen. Dass sich hieraus ein Gefühl der gesellschaftlichen Außenseiterstellung entwickeln kann, leuchtet ein. Es muss hierbei jedoch auch berücksichtigt werden, dass einige Studien die Entscheidung zur Mutterschaft auch als bewusste Entscheidung der Jugendlichen anführen, beispielsweise als sinnvolle Aufgabe bei empfundener beruflicher Perspektivlosigkeit (Moll, 2013; Sipsma et al., 2010; Smithbattle, 2007; Bonell, 2005; Araj, 2003) oder als eine Möglichkeit, sich neu zu erfinden und den Lebensstil zu ändern (Hanna, 2001, I). In diesen Fällen hat die Mutterschaft für die Betroffene eine positive Wertigkeit. Gerade dieser Wunsch nach einer Mutterschaft im Jugendalter geht laut Rigsby et al. (1998) neben einem niedrigen sozioökonomischen Status, mangelhafter Bildung etc., mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit für ein negatives Entwicklungsergebnis einher.

Des Weiteren handelt es sich bei der Mutterschaft um eine Aufgabe, die nie beendet oder gelöst sein wird, sondern vielmehr einen dynamischen Prozess darstellt, der entsprechend der Entwicklungsstufen des Kindes fortwährende Anpassungsleistungen seitens der Mutter erfordert (Camp, 1996). Um diese Entwicklungsaufgaben zu meistern, stehen der minderjährigen Mutter mit ihren Copingstrategien und Schutzfaktoren potentielle Ressourcen zur Verfügung (Collins, 2010). Insgesamt wird für Jugendliche davon ausgegangen, dass problemorientierte Coping-Strategien mit größerem Selbstbewusstsein und Resilienzentwicklung einhergehen, während beispielsweise vermeidendes Coping mit negativen Entwicklungsergebnissen wie Alkoholabusus, Depression und Straffälligkeit assoziiert ist (Vaughn & Roesch, 2003, zitiert bei Garcia, 2010).

Angeichts der Tatsache, dass für MiMü eine hohe Risikobelastung und geringe Schutzfaktorenverteilung beschrieben ist und hohe Stresslevel angegeben werden, nehmen wir an, dass ihre Copingstile sich zu denjenigen von VoMü unterscheiden und einen stärkeren Anteil negativer und emotionszentrierter Stile beinhalten (*s. Hypothese 3*). Darüber hinaus nehmen wir an, dass sich die als emotionszentriert bzw. negativ beschriebenen Stile aufgrund

einer stärkeren Vulnerabilität der MiMü auch stärker negativ bzw. positive Stile sich weniger positiv auf das psychische Befinden auswirken als bei VoMü (s. *Hypothese 7*). Literatur über habituelle Copingstile bei minderjährigen Müttern wurde auch nach intensiver Recherche über nationale und internationale Datenbanken und trotz teils hoher „hit“ Angaben nicht gefunden (zuletzt 25.07.2016: *Schlagwörter 1. habitual coping + teen/adolescent parent, hits a) stabikat: 0, pubmed: 3; 2. coping + teen/adolescent mothers, hits a) stabikat: 0, pubmed: 1419; 3. stress resolve + adolescent mothers, hits a) stabikat: 0, pubmed: 2; 4. Adolescent mothers+ problem solving strategies, hits a) stabikat: 0, pubmed: 158; 5. Stressverarbeitung+ minderjährige Mütter/Mutterschaft, hits a) stabikat: 0, pubmed: 0*). Gleiches gilt für Literatur zu Persönlichkeitsstilen oder -störungen bei minderjährigen Müttern (zuletzt 03.10.2018: *Schlagwörter 1. hits a) stabikat: 334, pubmed: 324; 2. prevalence + personality disorder + teen/adolescent mothers, hits a) stabikat: 242, pubmed: 218; 3. Personality disorder + teen pregnancy, hits a) stabikat: 298707, pubmed: 105*). Zusammenfassend ergibt sich, dass minderjährige Mütter im Vergleich zu ihren Altersgenossinnen und volljährigen Erstgebärenden tendenziell weniger Ressourcen zur Verfügung haben, die ihnen bei der Meisterung der an sie gerichteten Entwicklungsaufgaben helfen, so dass sich bei ihnen das Risiko der Überforderung, des Scheiterns und somit auch die Gefahr für das Eintreten einer psychischen Erkrankung erhöht (Ngum Chi Watts et al., 2015; Aldwin, 2007; Black et al., 2002; Ravens-Sieberer et al., 2002).

### 1.5 Relevanz der Arbeit

Diese Arbeit untersucht das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren sowie angewandten Copingstilen auf die psychische Befindlichkeit von minderjährigen Erstgebärenden in einem Zeitraum von 0 - 16 Jahren nach Geburt ihres ersten Kindes. Bislang scheint es nach intensiver Recherche in den Datenbanken von PubMed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)) und der deutschen Staatsbibliothek ([www.stabikat.de](http://www.stabikat.de)) weder eine deutsche noch eine internationale Studie zu geben, die die psychische Befindlichkeit minderjähriger Mütter beschreibt und sie in Zusammenhang zu Coping sowie sozioökonomischen Risiko- und Schutzfaktoren setzt (zuletzt 13.08.2016: *Schlagwörter: 1. teen mothers + coping + risk factor + protective factor + psychological well being, hits a) stabikat 0, b) PubMed: 13; 2. adolescent mothers + coping + risk factor + protective factor + mental health, hits a) stabikat 1, b) PubMed: 1*). Durch diese Studie wird es daher erstmals möglich sein, ein mehrdimensionales Bild der Situation und Befindlichkeit minderjähriger Erstgebärender zu erhalten. Ziel dieser Arbeit ist es, Anhaltspunkte für eine Verbesserung der Lebenssituation minderjähriger Mütter und damit auch ihrer Kinder zu liefern.

## 1.6 Hypothesen

H.1 Minderjährige Erstgebärende (= MiMü) sind im Vergleich zu volljährigen Erstgebärenden (= VoMü) vermehrt personellen, familiären und sozialen Risikofaktoren ausgesetzt.

H.1.1 MiMü weisen eine höhere Risikofaktorenkumulation auf als VoMü.

H.1.2 MiMü sind in größerem Ausmaß als VoMü von Transferleistungen abhängig.

H.1.3 Eltern von MiMü sind häufiger getrennt als Eltern von VoMü.

H.1.4 In Herkunftsfamilien von MiMü liegen häufiger psychische Erkrankungen vor als bei VoMü.

H.1.5 MiMü weisen häufiger als VoMü eine psychische Erkrankung in Kindheit und/oder Jugend auf.

H.1.6 MiMü konsumieren in Kindheit und/oder Jugend häufiger Nikotin als VoMü.

H.1.7 MiMü machen häufiger Gewalterfahrungen (psychisch, physisch, sexuell) als VoMü.

H.1.8 MiMü konsumieren während der Schwangerschaft häufiger Drogen (Nikotin, Alkohol, illegale Drogen) als VoMü.

H.1.9 MiMü erbringen schlechtere Schulleistungen (Noten 4,5+6) als VoMü.

H.2 Minderjährige Mütter weisen in geringerem Maße als volljährige Mütter personelle, familiäre und soziale Schutzfaktoren auf.

H.2.1 MiMü weisen eine geringere Schutzfaktorenkumulation auf als VoMü.

H.2.2 MiMü bestreiten ihr Einkommen seltener aus eigenem Verdienst als VoMü.

H.2.3 MiMü sind seltener als VoMü Erstgeborene.

H.2.4 MiMü kommen seltener als VoMü aus einer intakten Ursprungsfamilie.

H.2.5 MiMü weisen seltener als VoMü gute Schulleistungen (Noten 1+2) auf.

H.2.6 MiMü haben seltener enge Freundschaftsbeziehungen als VoMü.

H.2.7 MiMü leben seltener als VoMü oberhalb der Armutsgrenze.

H.3 Minderjährige Mütter weisen gegenüber volljährigen Müttern Unterschiede hinsichtlich der Anwendung habitueller Stressverarbeitungsstile auf.

H.3.1 MiMü wenden häufiger emotionsbasierte Stressverarbeitungsstile an als VoMü.

H.3.2 MiMü wenden seltener problemorientierte Stressverarbeitungsstile an als VoMü.

H.3.3 MiMü wenden häufiger negative Stressverarbeitungsstile an als VoMü.

H.4 minderjährige Mütter sind unzufriedener als ihre volljährige Vergleichsgruppe.

H.4.1 MiMü sind unzufriedener mit ihren Freundschaften als VoMü.

H.4.2 MiMü sind unzufriedener mit ihrer Gesundheit als VoMü.

H.4.3 MiMü sind unzufriedener mit ihrer Arbeit als VoMü.

H.4.4 MiMü sind unzufriedener mit ihrer Familie als VoMü.

H. 4.5 MiMü sind unzufriedener mit ihrem Partner als VoMü.

H. 4.6 MiMü sind unzufriedener mit ihrem Leben als VoMü.

H.5 Minderjährige Mütter empfinden gegenüber volljährigen Müttern eine vermehrte aktuelle subjektive Belastung.

H.5.1 MiMü reagieren im Vergleich zu VoMü vermehrt mit Depressivität als Zeichen aktueller psychischer Belastung

H.6 Minderjährige Mütter haben im Vergleich zu volljährigen Müttern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung auffälliger Persönlichkeitsstile.

H.6.1 MiMü zeigen eine höhere Ausprägung des Loyalen Persönlichkeitsstils und haben ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung als VoMü.

H.6.2 MiMü zeigen eine höhere Ausprägung des Spontanen Persönlichkeitsstils und haben ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung als VoMü.

H.7 Die Anwendung habitueller Stressverarbeitungsstile beeinflusst das psychische Befinden (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Persönlichkeitsstile/-störungen) für MiMü und VoMü unterschiedlich.

H.7.1 Negative und emotionszentrierte Stressverarbeitungsstile beeinflussen das psychische Befinden bei MiMü stärker negativ als bei VoMü.

H.7.2 Positive Stressverarbeitungsstile beeinflussen das psychische Befinden bei MiMü weniger positiv als bei VoMü.

H.8 Risiko- und Schutzfaktoren moderieren das psychische Befinden (Zufriedenheit, aktuelle Belastung, Persönlichkeitsstile/-störungen) für MiMü und VoMü unterschiedlich

H.8.1 Risikofaktoren führen bei MiMü zu einer stärkeren Beeinträchtigung des psychischen Befindens als bei VoMü.

H.8.2 Schutzfaktoren wirken sich bei MiMü weniger positiv auf das psychische Befinden aus als bei VoMü.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1 Studiendesign**

Die Studie „Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft“ besteht aus drei Phasen, wobei die Ergebnisse dieser Arbeit der Phase II zugeordnet werden können. Phase I bestand aus einer retrospektiven Dokumentenanalyse. Die Zielsetzung war, die perinatalen

Risikofaktoren von Teenager-Schwangerschaften darzustellen (Barchmann, 2009) und Hinweise darauf zu sammeln, ob das Auftreten dieser Risikofaktoren durch die Minderjährigkeit erklärt werden kann oder eher durch psychosoziale Lebensbedingungen (Fracassi, 2009) bedingt ist.

Hierzu wurde zum einen eine Dokumentenanalyse von 200 Geburtsakten (100 minderjährige und 100 zufällig gewählte, volljährige Erstgebärende) des Südstadtklinikums Rostock (Barchmann, 2009) und zum anderen eine Matched-Pairs-Analyse durchgeführt (Fracassi, 2009), in der der Untersuchungsgruppe minderjähriger Mütter ( $n=110$ ) eine hinsichtlich Partnerstatus, Tabakkonsum und Bildungsgrad gematchte Kontrollgruppe ( $n=110$ ) volljähriger Mütter gegenübergestellt wurde. In Phase II wurden mit einigen der Frauen aus Phase I sowie neu rekrutierten minderjährigen ( $n = 101$ ) und volljährigen Erstgebärenden ( $n = 75$ ) mittels Interview und Fragebögen Daten zu ihrer Lebenssituation erhoben. Der Zeitpunkt der ersten Mutterschaft lag dabei in den Jahren zwischen 1993 – 2009.

Für die Phase III ist eine longitudinale, die Mütter und Kinder begleitende, Studie geplant.

### 2.1.1 Arbeitsmodell

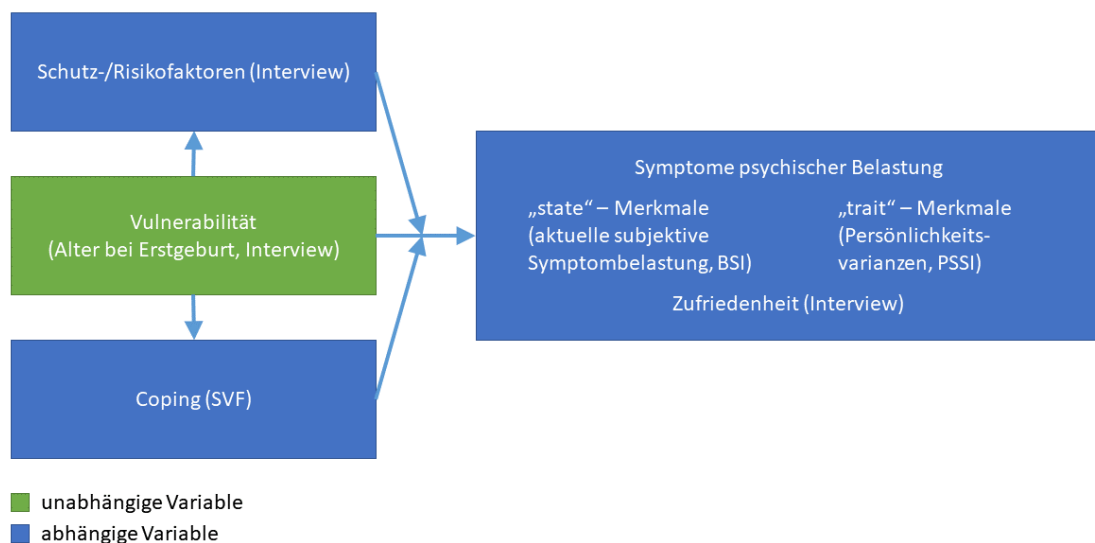


Abbildung IV: Diathese-Stress-Modell, angewandt für die vorliegende Studie.

Dieses Modell geht davon aus, dass die minderjährige Mutterschaft die Vulnerabilität und damit die weitere psychosoziale Entwicklung der Frau aufgrund des Zeitpunkts der Geburt ihres ersten Kindes (Alter) erhöht. Entsprechend dieser Hypothese sollten sich in den Ergebnissen der beiden nach Minderjährigkeit und Volljährigkeit bei Geburt des ersten Kindes aufgeteilten Studiengruppen Unterschiede in Bezug auf die psychische Befindlichkeit darstellen lassen.

Die psychische Belastung wurde über Angaben zur Zufriedenheit aus dem Interview, sowie „state“ und „trait“ Merkmale gemessen. „State“ Merkmale charakterisieren im Sinne des



Diathese-Stress-Modells Frühzeichen psychischer Störungen im Sinne aktueller subjektiver Belastungen und werden über den BSI erfasst. Im Unterschied zu den „*trait*“-Merkmalen weisen „*state*“-Merkmale eine geringere zeitliche Stabilität auf und so können die psychischen Belastungen passager bzw. reversibel sein. Über das Persönlichkeitsstil- und -störungeninventar (Kuhl & Kazén, 2000) werden Persönlichkeitsstile und damit „*trait*“-Merkmale der Studienteilnehmerinnen erfasst. Persönlichkeitsstile repräsentieren damit in ihrer Übersteigerung zeitlich überdauernde psychische Belastungen und im Sinne des Diathese-Stress-Modells psychische Symptome der Studienteilnehmerinnen.

Es wird ferner angenommen, dass Risiko- und Schutzfaktoren sowie habituelle Copingstile zum einen durch das Alter bei Eintreten der ersten Mutterschaft beeinflusst werden und zum anderen selbst auch Einfluss auf die Vulnerabilität minder- und volljähriger Erstgebärender haben und darüber die psychische Belastungssituation dieser Frauen moderieren können. Das heißt, das Vorliegen von Risikofaktoren erhöht die Vulnerabilität der betreffenden Person und kann darüber die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Belastung/Störung steigern, die minderjährige Mutterschaft allerdings wirkt auch als vulnerabilisierender Faktor, der das Vorliegen von Risikofaktoren erhöht und gleichzeitig für ihre negativen Effekte verletzlicher ist, womit sich Symptome psychischer Belastung verstärken. Für Schutzfaktoren verhält es sich ähnlich. Wir nehmen einerseits an, dass sie bei MiMü in geringerem Maße vorliegen, sich ihre positiven Effekte auf das psychische Befinden bei MiMü andererseits aber aufgrund ihrer erhöhten Vulnerabilität auch weniger stark auswirken. Coping hingegen bewirkt ein Herauf- bzw. Herabsetzen der Vulnerabilität, je nachdem ob es sich um adaptive oder aber maladaptive Copingstrategien handelt. Coping kann sich damit sowohl positiv oder aber negativ auf das psychische Befinden auswirken. Es wird angenommen, dass sich die Anwendung von Copingstilen unterscheidet, je nachdem ob eine Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes bestand oder nicht und somit unterschiedlichen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit ausübt. Der Einfluss von habituellem Coping auf die psychische Befindlichkeit von minderjährigen und volljährigen Erstgebärenden wird in den Korrelationsberechnungen untersucht. In den bivariaten Varianzanalysen wird der moderierende Einfluss von Risiko- und Schutzfaktoren auf das psychische Befinden in Hinblick auf die Minder- oder Volljährigkeit bei Geburt des ersten Kindes untersucht. Die altersunabhängigen Beziehungen zwischen psychischem Befinden und psychosozialen Risiko-/Schutzfaktoren und Coping werden in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht.

## 2.2 Stichprobe

Die Stichprobe dieser Erhebung umfasst 176 Frauen, die sich aus 101 minderjährigen und 75 volljährigen Primiparae (= Erstgebärenden) zusammensetzt.



In die Gruppe der minderjährigen Erstgebärenden wurden Frauen eingeschlossen, die ihr erstes Kind vor Erreichen des 19. Lebensjahrs entbanden. Diese Kategorisierung wurde gewählt, da eine Schwangerschaft bis zu diesem Zeitpunkt als Risikoschwangerschaft beurteilt wird (Uhl, 2006, zitiert bei Fracassi, 2009). Als Ausschlusskriterium für die Kontrollgruppe volljähriger Mütter galt ein Überschreiten des 35. Lebensjahres, da Schwangerschaften ab diesem Zeitpunkt ebenfalls als Risikoschwangerschaften eingestuft werden (Bewley et al., 2005; Uhl, 2006, zitiert bei Fracassi, 2009). In diese Studie wurden nur erstgebärende Frauen eingeschlossen, da Unterschiede bei kindlichem Outcome und perinatalen Komplikationen zwischen minderjährigen Erstgebärenden und volljährigen Mehrfachgebärenden belegt sind (Cooper et al., 1995; Blankson et al., 1993, zitiert bei Fracassi, 2009). Vorausgegangene, nicht ausgetragene Schwangerschaften, waren kein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an dieser Studie. Eine Ausnahme hiervon bildet die Totgeburt, die juristisch als Geburt klassifiziert ist. (Bundesgesetzblatt. I, 2015, S. 1722). Die Daten der minderjährigen Mütter wurden gewonnen, indem die Geburtenbücher des Klinikums Südstadt, Rostock und der Frauenklinik der Universität Rostock für die Jahrgänge 1993 bis 2009 nach minderjährigen Erstgebärenden durchsucht wurden. Die volljährigen Mütter wurden ausgewählt, indem die ersten, auf Entbindung einer minderjährigen Erstgebärenden folgenden, volljährigen Primiparae aus den Geburtenbüchern der Frauenklinik und des Klinikums Südstadt verwendet wurden.

Die Gruppe der MiMü war zum Zeitpunkt der Geburt ihres ersten Kindes im Schnitt 16 Jahre alt (SD = 0,89 Jahre), während die Gruppe der VoMü durchschnittlich 26 Jahre alt war (SD = 4,15 Jahre). Zum Zeitpunkt des Interviews lag das Durchschnittsalter der MiMü bei 21 Jahren (SD = 4,05 Jahre) und das Alter der VoMü bei 31 Jahren (SD = 5,65 Jahre). Beide untersuchten Gruppen weisen damit im Mittel einen Altersunterschied von 10 Jahren sowohl zum Zeitpunkt der Geburt als auch zum Zeitpunkt des Interviewtermins auf. Für die Studienteilnehmerinnen beider Gruppen lag das Eintreten der ersten Mutterschaft zum Interviewtermin im Mittel 5 Jahre zurück. Dies ist für die vorliegende Arbeit wichtig, da Gruppenvergleiche angestellt werden, die auch durch die Dauer der Mutterschaft beeinflusst werden könnten. Es wurden in den Jahren zwischen 1993 und 2009 *alle* erstgebärenden minderjährigen Frauen im Einzugsgebiet der Rostocker Kliniken erfasst, womit die Untersuchungsstichprobe aus einer Vollerhebung stammt.

Von 2007 bis 2009 konnten so 756 potentielle Studienteilnehmerinnen generiert werden, die mit insgesamt 1265 Einladungen in 11 Anschreibedurchgängen über einen Zeitraum von 1,5 Jahren um Teilnahme an der vorliegenden Studie gebeten werden. Auf diese Weise konnten schließlich 255 positive Rückantworten erhalten werden, was einer Quote von 20,16% der insgesamt verschickten Anschreiben entspricht (s. Anhang unter 8.4)

Abbildung V zeigt, dass nach mehreren Anschreibeserien etwas mehr MiMü als VoMü an der Studie teilnahmen.

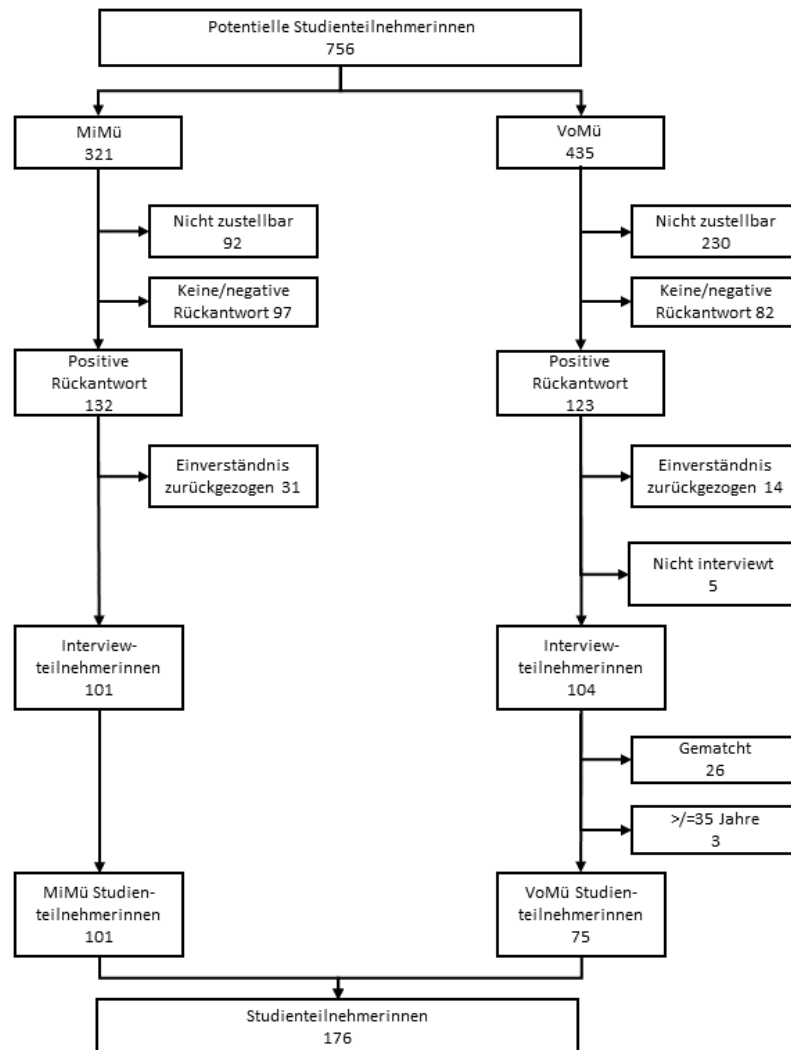


Abbildung V: Übersicht zum Verhältnis von potentiellen zu tatsächlichen Studienteilnehmerinnen

Die Frauen, die über eine dem Anschreiben beigefügte Einverständniserklärung ihre Teilnahme an der Studie bestätigten, wurden von den Mitgliedern der Studiengruppe (3 Ärztinnen, 1 Psychologe, 4 Medizinstudentinnen) zur Vereinbarung von Interviewterminen angerufen. Bei noch minderjährigen Müttern wurden den Anschreiben, neben einer an sie selbst gerichteten Einverständniserklärung zur Studienteilnahme, auch eine an ihre jeweils erziehungsberechtigte Person gerichtete Einverständniserklärung beigefügt. 45 potentielle Studienteilnehmerinnen zogen ihr Einverständnis zur Studienteilnahme zurück und 5 VoMü wurden nicht mehr interviewt, da die angestrebte Zahl von 100 VoMü bereits erreicht war. Nach Abschluss der Datengewinnung im Jahr 2009 wurden 26 mit MiMü hinsichtlich Nikotinkonsum, Partnerstatus und Bildungsniveau gematchte VoMü, die für die Studie von Fracassi (2009) aus der Phase I des Projektes „Bedingungen und Folgen minderjähriger

Mutterschaft“ gewonnen und zunächst für die zweite Phase übernommen worden waren und 3 VoMü, die bei Geburt ihres ersten Kindes ein Alter von  $\geq 35$  Jahre hatten, nachträglich aus dem Pool der 104 interviewten VoMü entfernt, um den Auswahlmodus der Stichprobe beizubehalten.

Schließlich wurden 101 minderjährige und 75 volljährige Erstgebärende in die Auswertung eingeschlossen.

### **2.3. Datenerhebung**

Die Daten wurden mittels eines halbstandardisierten Interviews (Garnefeld et al., 2007) und verschiedener Fragebögen erhoben. Es werden im Folgenden nur die Fragebögen erwähnt, die in der vorliegenden Arbeit verwendet wurden (*SVF: Stressverarbeitungsfragebogen, Janke et al., 1997; BSI: Brief Symptom Inventory, Franke, 2000; PSSI: Persönlichkeitsstil und - störungsinventar, Kuhl & Kazén, 2009*).

Alle durchgeführten Interviews und Fragebögen wurden in einen gemeinsamen Pool eingespeist. Die Doktoranden arbeiteten somit mit dem gleichen Material, verwendeten aber speziell auf ihre Fragestellung bezogene Anteile dieses Datenfundus. Die für die vorliegende Arbeit verwendeten Fragebögen (s.o.) wurden von verschiedenen Praktikanten in Ausbildung zum Medizinischen Dokumentar primär in SPSS-Matrizen eingegeben und von der Verfasserin dieser Promotion vollständig durchgesehen und bei Vorliegen von Eingabefehlern korrigiert.

Die Speicherung der erhobenen Daten erfolgte pseudonymisiert: Jede Teilnehmerin wurde einem zehnstelligen Code zugeordnet, womit die erfassten Daten dem Individuum nicht mehr direkt zugeordnet werden können.

#### 2.3.1. Interview (Garnefeld et al., 2007)

Das Interview umfasst ca. 1000 Variablen und besteht aus 12 Abschnitten, mit offenen, halboffenen als auch geschlossene Fragen zu allgemeinen soziodemographischen Daten, Herkunftsfamilie, Kindheit und Jugend der Mutter, Partnerschaft, Ausbildung und Beruf, Gesundheit, Drogenkonsum, Gewalterfahrung, Schwangerschaft, Geburt und Fragen zum erstgeborenen Kind. Das Interview wurde mit Hilfe eines digitalen Aufnahmegerätes aufgezeichnet und dauerte im Durchschnitt 1½ Stunden (Min.: 45 Minuten; Max.: 3 Stunden). Es wurden 104 volljährige und 101 minderjährige Mütter interviewt. Die Interviews wurden von den jeweiligen Interviewern in eine SPSS-Maske eingegeben, so dass ein gemeinsamer Datenpool entstand, auf den alle Doktoranden Zugriff hatten und aus dem sie die für ihre Fragestellung relevanten Daten bezogen. Es erfolgte eine mehrmalige Prüfung des gemeinsamen Datenpools, um Eingabefehler zu erkennen und zu beseitigen.

Die Aussagen über das Vorliegen beziehungsweise Fehlen von *Risiko- und Schutzfaktoren* wurden ausnahmslos aus Variablen des Interviews entnommen. Sofern sie nicht bereits nominal skaliert waren, wurden sie so umgerechnet bzw. zu einer neuen Variable zusammengefasst, dass sie nominal (ja/nein) erfasst werden konnten. Lediglich die Kumulation von Risiko- und Schutzfaktoren wurde über eine Ordinalskala (1- 8) erfasst. Alle erfassten Risiko- und Schutzfaktoren sind in der internationalen Literatur als negative bzw. positive Einflussfaktoren für die psychische Befindlichkeit anerkannt (s. Anhang unter 8.2.2 - 8.2.5).

Die unabhängige Variable, das Vorliegen einer *minderjährigen Mutterschaft bei Geburt des ersten Kindes* wurde ebenfalls dem Interview entnommen und nominal (ja/nein) erfasst (s. Anhang unter 8.2.1).

Angaben zur *Zufriedenheit* mit verschiedenen Lebensbereichen wurden mittels 7-stufiger Rubin Bilder erhoben (1 = sehr unzufrieden; 4 = neutral; 7 = sehr zufrieden; s. Anhang unter 8.2.6) und dem Interview entnommen. Tabelle 5 (s. Anhang unter 8.2.7) liefert eine Übersicht über die erhobenen Zufriedenheitsindices und eine Zuordnung zu Literaturquellen, die einen Einfluss dieser Zufriedenheitsindices auf die psychische Befindlichkeit beschreiben.

### 2.3.2 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF, Janke et al., 1997)

Der SVF dient der Registrierung von psychischen Vorgängen, die planmäßig und/oder unplanmäßig, bewusst und/oder unbewusst bei Stress aktiviert werden, um diesen zu vermindern und/oder zu beenden (Janke et al., 1997). Er besteht aus 20 Subtests mit jeweils 6 Items, in denen die Testperson Auskunft über ihr Verhalten in potentiellen Stresssituationen gibt, sowie aus 5 Sekundärtests, in denen einzelne Subtests positiven bzw. negativen Stressverarbeitungsstilen zugeordnet sind (s. Tabelle 7).

Über eine fünfstellige Likert-Skala sind Antwortmöglichkeiten zu jedem Item von „gar nicht“ (0) bis „sehr wahrscheinlich“ (4) gegeben.

Die ursprüngliche Standardisierungsstichprobe von Janke et al. (1982) enthielt 200 männliche und weibliche Teilnehmer, die nach Bildungsgrad und Geschlecht in vier verschiedene Altersgruppen eingeordnet wurden. Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) für diese Stichprobe lag für die Einzelskalen des SVF zwischen  $\alpha = .66$  (Flucht) und  $\alpha = .92$  (gedankliche Weiterbeschäftigung). Für die vorliegende Studie wurde die Standardisierungsstichprobe mit 104 Frauen im Alter von 20 - 64 Jahren ohne Berücksichtigung des Bildungsabschlusses ausgewählt, weil sie der Stichprobe dieser Arbeit am nächsten kommt.

Der SVF wurde für diese Studie ausgewählt, da über 20 Subskalen und 5 Sekundärtests ein detailliertes Bild gewohnheitsmäßig angewandter Copingstrategien gewonnen werden kann.

Für die vorliegende Arbeit wurden 19 von 20 möglichen Skalen ausgewählt (die Skala Entspannung fand keine Berücksichtigung).

SVF					
Subtests	Sekundärtests				
	Positiv - Strategien	Pos I	Pos II	Pos III	Negativ - Strategien
		Emotionszentriert		Problemzentriert	
1. Bagatellisieren	Stress reduzierende Maßnahmen	Stress reduzierende Maßnahmen im Sinne von Abwertung/Abwehr			
2. Herunterspielen					
3. Schuldabwehr					
4. Ablenkung					
5. Ersatzbefriedigung			Stress reduzierende Maßnahmen im Sinne von Ablenkung/Hinwendung zu Angenehem		
6. Selbstbestätigung					
7. Entspannung					
8. Situationskontrolle				Stress reduzierende Maßnahmen im Sinne einer Kontrolle des Stressors/Selbstzuschreibung von Kompetenz	
9. Reaktionskontrolle					
10. Positive Selbstinduktion					
11. Soziales Unterstützungsbedürfnis					
12. Vermeidung					Stress steigernde Maßnahmen
13. Flucht					
14. Soziale Abkapselung					
15. Gedankliche Weiterbeschäftigung					
16. Resignation					
17. Selbstbemitleidung					
18. Selbstbeschuldigung					
19. Aggression					
20. Pharmakaeinnahme					

Tabelle 3: Sub- und Sekundärtests des Stressverarbeitungsfragebogens (SVF, Janke et al., 1997)

### 2.3.3 Brief Symptom Inventory (BSI, Franke, 2000)

Das BSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und dient der Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch 53 körperliche und psychische Symptome für einen retrospektiven Zeitraum von 7 Tagen. Es ist die Kurzform des SCL-90-R (= Symptom Checklist 90 R;

Derogatis 1992), zu dem hohe Korrelationen bestehen (Franke, 2000). Die 53 Items des BSI werden zu 9 Skalen (1. Somatisierung, 2. Zwanghaftigkeit, 3. Unsicherheit im Sozialkontakt, 4. Depressivität, 5. Ängstlichkeit, 6. Aggressivität / Feindseligkeit, 7. Phobische Angst, 8. Paranoides Denken, 9. Psychotizismus) und 3 globalen Kennwerten zusammengefasst (s. Tabelle 8).

Über eine fünfstellige Likert-Skala sind Antwortmöglichkeiten zu jedem einzelnen Item von „überhaupt nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4) gegeben. Diese Angaben ermöglichen nach ihrer Auswertung Aussagen zur Symptombelastung. Die Transformation der Rohwerte in T-Werte erfolgt anhand einer Normtabelle, die an einer Stichprobe von 600 deutschsprachigen Erwachsenen normiert wurde, aber eine Anwendung bereits bei Jugendlichen ab 13 Jahren erlaubt (Franke, 2000). Die interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha$ ) in der Normstichprobe Erwachsener zeigt eine hohe Schwankungsbreite und liegt zwischen  $\alpha = 0,39$  (Phobische Angst) und  $\alpha = 0,72$  (Zwanghaftigkeit, Depressivität).

In dieser Arbeit wurden alle 9 Skalen und die 3 globalen Kennwerte des BSI ausgewertet.

Globale Kennwerte	Abkürzung	Bedeutung
Global Severity Index	GSI	erfasst die Intensität der empfundenen Belastungen bei allen 53 abgefragten Symptomen des BSI
Positive Symptom Total	PST	erfasst die Häufigkeit von Symptomen, indem die Anzahl von Items erfasst wird, bei denen eine Belastung angegeben wurde
Positive Symptom Distress Index	PSDI	erfasst den individuellen Antwortstil der Probanden, indem die Belastungsintensität bei den angegebenen Belastungen addiert wird

Tabelle 4: Übersicht zu den globalen Kennwerten des BSI (Franke, 2000)

#### 2.3.4 Persönlichkeits-Stil und Störungs-Inventar (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009)

Das PSSI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das aus 14 Skalen besteht, in denen „[...] die relative Ausprägung von Persönlichkeitsstilen als nichtpathologische Entsprechungen der in psychiatrischen diagnostischen Manualen beschriebenen Persönlichkeitsstörungen konzipiert sind [...]“ (Kuhl & Kazén, 2009, S. 6). Die Beantwortung der Items erfolgt auf einer 4-stufigen Ratingskala (trifft gar nicht zu - trifft etwas zu - trifft überwiegend zu - trifft ausgesprochen zu). Die Normierungsstichprobe umfasst 1.943 gesunde Jugendliche und Erwachsene (Schüler, Studenten, Berufstätige). Die interne Konsistenz des PSSI liegt für die einzelnen PSSI-Skalen bei Cronbachs  $\alpha$  um etwa 0,8 und ist damit als gut einzustufen. Der PSSI ist für den Altersbereich von 14 - 82 Jahren standardisiert. Es liegen T-Werte für die Altersbereiche 18-25 J., 26-45 J., 46-55 J. und 56-82 J., sowie altersspezifische Normen für den Bereich von 14-17 Jahren vor (Kuhl & Kazén, 2009). Der PSSI erlaubt Rückschlüsse auf

zeitlich überdauernde Merkmale der Person und stellt damit eine Erweiterung zu den Ergebnissen des BSI und der Zufriedenheitsindices dar. Pathologisches Risikopotenzial extremer Persönlichkeitsstile wird im PSSI angezeigt, eine Persönlichkeitsstörung kann allein aufgrund des PSSI nicht diagnostiziert werden (Kuhl & Kazén, 2009, S. 6). Tabelle 9 gibt eine Übersicht zu den für die vorliegende Arbeit ausgewählten Skalen. Sie wurden ausgewählt, um zu eruieren, ob die Persönlichkeitsstile, die in einem Zusammenhang mit Erkrankungen des depressiven Formenkreises (Abhängige und Borderline Persönlichkeitsstörung) stehen, auch wie angenommen, bei MiMü häufiger vorliegen, als andere Persönlichkeitsstile.

PSSI	Skala	Assoziierte Persönlichkeitsstörung
AS	Selbstbestimmter Stil	Antisoziale Persönlichkeitsstörung
PN	Eigenwilliger Stil	Paranoide Persönlichkeitsstörung
SZ	Zurückhaltender Stil	Schizoide Persönlichkeitsstörung
AB	Loyalere Stil	Abhängige Persönlichkeitsstörung
BL	Spontaner Stil	Borderline Persönlichkeitsstörung
HI	Liebenswürdiger Stil	Histrionische Persönlichkeitsstörung

*Tabelle 5: Übersicht zu untersuchten PSSI - Skalen (PSSI, Kuhl & Kazén, 2009).*

## 2.4 Datenauswertung

Zur statistischen Aufarbeitung wurde das Statistikprogramm SPSS für Windows (Version 20) verwendet. Neben der Erstellung deskriptiver Statistiken erfolgte die Auswertung mit Hilfe von  $\chi^2$ -Tests (Untersuchung des Zusammenhangs von qualitativen Merkmalen bei unabhängigen Stichproben), Man-Whitney-U-Test (Signifikanztestung von Verteilungsunterschieden zwischen intervallskalierten, unbekannt verteilten Variablen und zwei Merkmalen) sowie Korrelationsberechnungen (zur Messung der Stärke eines Zusammenhangs) und Varianzanalysen (zur Untersuchung des Einfluss von einem/mehreren unabhängigen Merkmal/en auf ein/mehrere abhängiges/e Merkmal/e (Krentz, 2005, I+II). Alle in dieser Arbeit untersuchten Variablen wurden einer Prüfung auf Normalverteilung unterzogen. Es ergab sich hieraus, dass für keine dieser Variablen eine Normalverteilung vorlag (s. Anhang unter 7.2). Entsprechend wurde statt des T-Tests der Man-Whitney-U-Test und vor Durchführung der Varianzanalysen eine z-Standardisierung der abhängigen Variablen durchgeführt. Die zwei Gruppen der Stichprobe wurden einander in qualitativen und quantitativen Merkmalen über  $\chi^2$ -Tests, Man-Whitney-U-Tests, Korrelationsberechnungen nach Pearson und bivariaten Varianzanalysen hinsichtlich statistisch signifikanter Unterschiede (Irrtumswahrscheinlichkeit  $p < 0,05$ ) vergleichend gegenübergestellt.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Risikofaktorenverteilung in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes

**H.1 Minderjährige Erstgebärende (= MiMü) sind im Vergleich zu volljährigen Erstgebärenden (= VoMü) vermehrt personellen, familiären und sozialen Risikofaktoren ausgesetzt. ✓**

MiMü weisen eine höhere Risikofaktorenkumulation auf, sie sind häufiger von Transferleistungen abhängig, ihre biologischen Eltern sind häufiger getrennt, sie konsumieren in Kindheit/Jugend häufiger Nikotin, sie erleben häufiger Gewalt, sie konsumieren während der Schwangerschaft häufiger Drogen und erbringen häufiger schlechte Schulleistungen als VoMü. Die gesamten Berechnungen sind im Anhang unter 8.6.1 einsehbar.

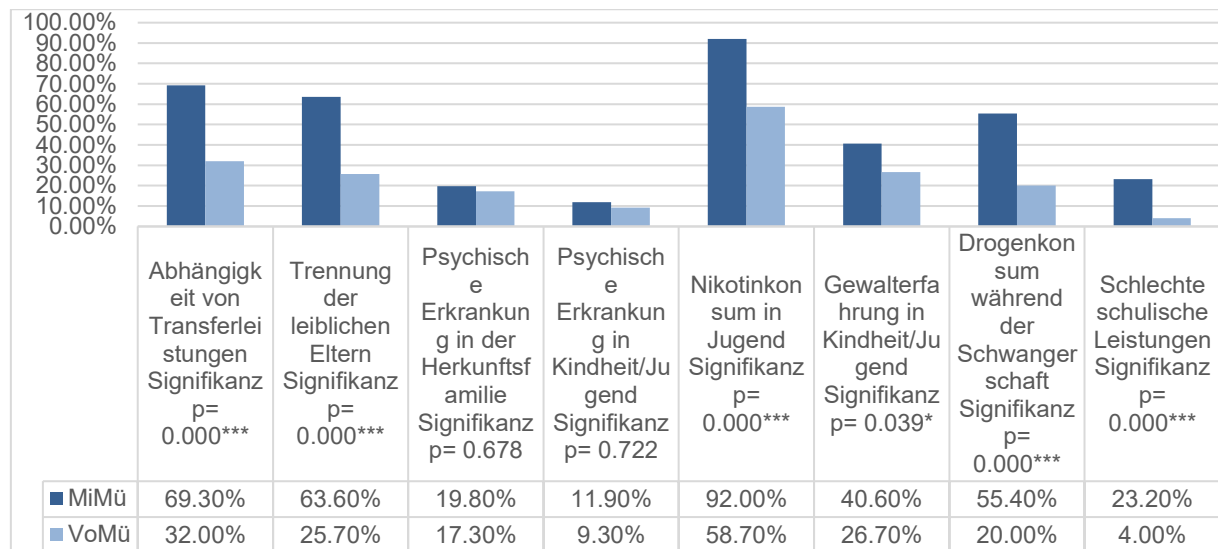


Tabelle 6: Risikofaktorenverteilung bei MiMü und VoMü



Tabelle 7: Risikofaktorenkumulation bei MiMü und VoMü

#### 3.2 Schutzfaktoren in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes

**H.2 Minderjährige Mütter weisen in geringerem Maße als volljährige Mütter protektive Faktoren auf. ✓**

MiMü weisen eine niedrigere Schutzfaktorenkumulation auf, sie erwirtschaften seltener einen eigenen Verdienst, ihre biologischen Eltern leben seltener zusammen, ihre Schulleistungen sind seltener als gut einzustufen und sie können ein Fehlen von Armut seltener für sich



geltend machen als VoMü. MiMü und VoMü haben ähnlich häufig enge Freunde. Die gesamten Berechnungen können im Anhang unter 8.6.2 eingesehen werden.

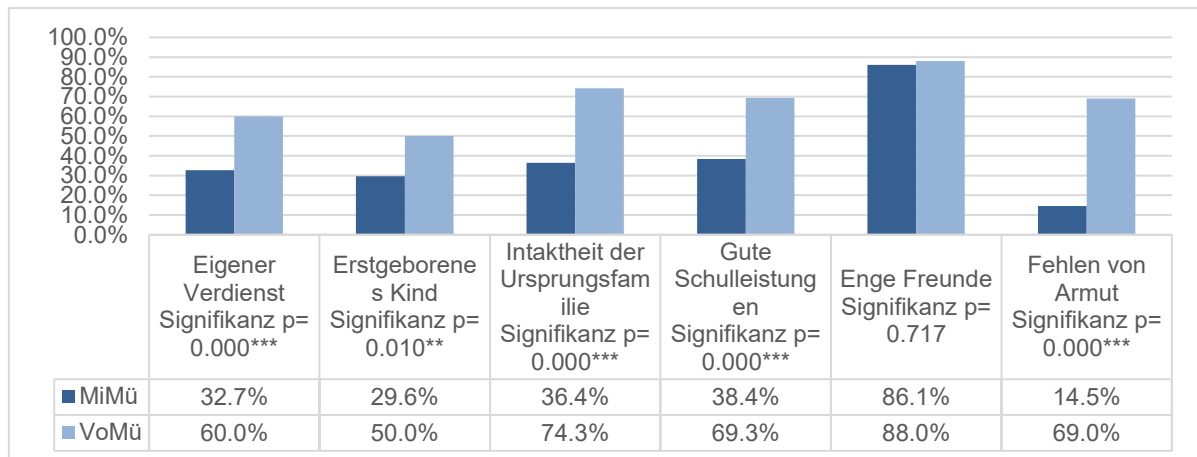


Tabelle 8: Schutzfaktorenverteilung bei MiMü und VoMü

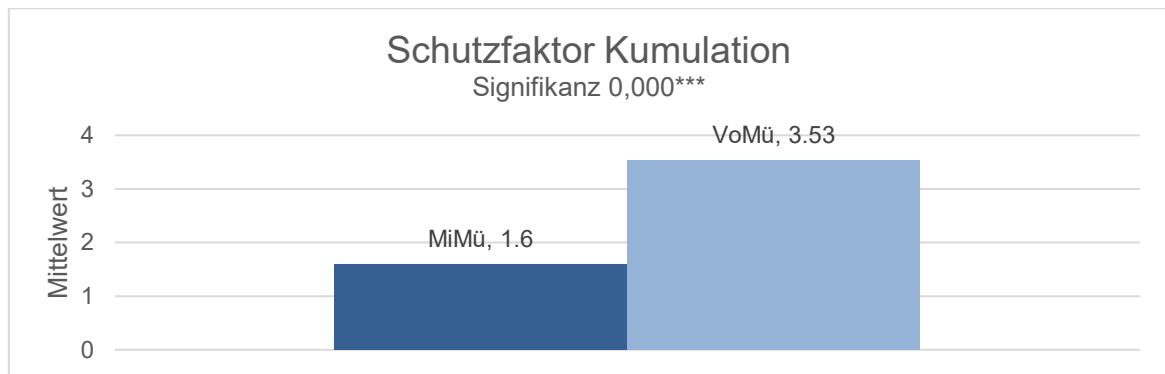


Tabelle 9: Schutzfaktorenkumulation bei MiMü und VoMü

### 3.3 Habituelle Stressverarbeitungsstile in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes

#### H.3 Minderjährige Mütter weisen gegenüber volljährigen Müttern Unterschiede hinsichtlich der Anwendung habitueller Stressverarbeitungsstile auf. ✓

Die Ergebnisse der U-Tests und Mittelwertvergleiche ergeben signifikante Unterschiede zwischen MiMü und VoMü in den Subtests Herunterspielen, Resignation, Selbstbemitleidung und Pharmakaeinnahme (s. Anhang unter 8.6.3). Sie alle werden signifikant häufiger von MiMü angewandt. Die Ergebnisse der Sekundärskalen zeigen keine signifikanten Ergebnisse (s. Anhang unter 8.6.3).

##### H.3.1 MiMü wenden häufiger emotionsbasierte Stressverarbeitungsstile an als VoMü. ✓

Es handelt sich bei dem o.g. Subtest Herunterspielen um einen emotionszentrierten Bewältigungsstil im Sinne von Abwehr (vgl. Tabelle 3).. Die Mittelwerte liegen bei MiMü bei 59 (SD = 10,9) und bei VoMü bei 55,2 (SD = 10,3). Dieser Unterschied zwischen MiMü und

VoMü ist mit  $p = 0,008$  signifikant. Dies ist der einzige der emotionszentrierten Strategien (vgl. Tabelle 3), für den sich ein signifikanter Gruppenunterschied feststellen lässt.

### H.3.2 MiMü wenden seltener problemorientierte Stressverarbeitungsstile an als VoMü. ✖

Bei den Bewältigungsstrategien, die als problemorientiert einzuordnen sind (Situationskontrolle, Reaktionskontrolle, positive Selbstinduktion) liegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen vor (s. Anhang unter 8.6.3).

### H.3.3 MiMü wenden häufiger negative Stressverarbeitungsstile an als VoMü. ✔

Bei den o.g. Subtests Resignation ( $p = 0,027$ ), Selbstbemitleidung ( $p = 0,04$ ) und Pharmakaeinnahme ( $p = 0,001$ ) handelt es sich um negative Bewältigungsstrategien mit stresssteigernder Wirkung. Diese Bewältigungsstrategien werden alle signifikant häufiger von MiMü angewandt (s. Anhang unter 8.6.3).

## 3.4 Psychische Belastung (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Ausprägung von Persönlichkeitsstilen) in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes

### H.4 minderjährige Mütter sind unzufriedener als ihre volljährige Vergleichsgruppe. ✖

Entgegen dieser Hypothese zeigen die Berechnungen der Zufriedenheitsindizes mittels Mann-Whitney-U-Test lediglich für die Zufriedenheit mit der Familie einen signifikanten Gruppenunterschied, der zu Ungunsten der MiMü ausfällt. Insgesamt zeigen beide Gruppen in den Zufriedenheitsindizes mit Mittelwerten über 4,0 in *allen* untersuchten Lebensbereichen überdurchschnittliche Zufriedenheitsangaben (s. Tabelle 10). Die gesamten Berechnungen können im Anhang unter 8.7.1 eingesehen werden.

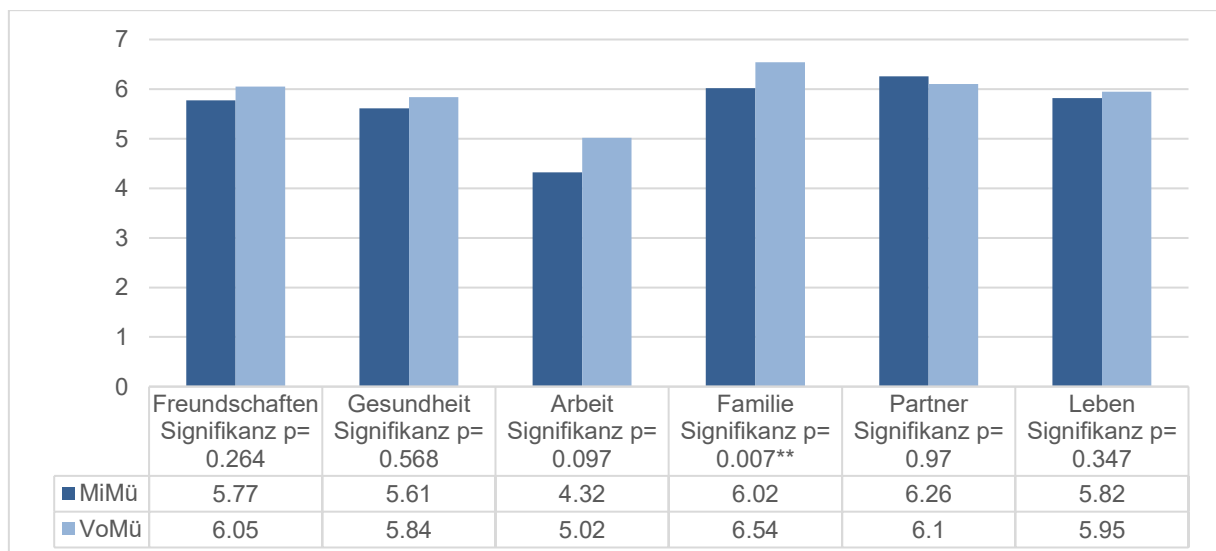


Tabelle 10: Übersicht zu Mittelwertverteilungen der Zufriedenheitsindizes bei MiMü und VoMü

### H.5 Minderjährige Mütter empfinden gegenüber volljährigen Müttern eine vermehrte aktuelle psychische Belastung. ✔

Es ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen MiMü und VoMü in den Einzelskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus (s. Anhang unter 8.7.2). MiMü weisen für alle genannten Skalen signifikant höhere Mittelwerte auf als VoMü.

Die Ergebnisse der Mittelwertvergleiche zeigen darüber hinaus für jeden der globalen Kennwerte signifikante Unterschiede, die ausnahmslos mit höheren Werten in der Gruppe der MiMü einhergehen (s. Anhang unter 8.7.2). Somit ergibt sich für die Gruppe der minderjährigen Mütter, dass sie die Intensität der im BSI abgefragten Belastungen als signifikant schwerer empfindet (= GSI), Belastungen signifikant häufiger erlebt (= PST) und die Intensität der angegebenen Belastungen auch als signifikant höher einstuft (= PSDI) als ihre Vergleichsgruppe. Allerdings liegen die Mittelwerte sowie auch die Standardabweichung sowohl für die Einzelskalen als auch für die globalen Kennwerte bei MiMü in einem Bereich, der der Normalverteilung entspricht. Somit lässt sich bei diesen Ergebnissen zwar ein Gruppenunterschied ablesen, der eine höhere aktuelle psychische Belastung der MiMü im Vergleich zu VoMü darstellt, eine pathologische Ausprägung belegt dies jedoch nicht. Berechnungen zu den globalen Kennwerten (GSI, PST und PSDI) mit Grenzwerten über 63 aber zeigen, dass sich diese Gruppenunterschiede auch hier feststellen lassen und erneut zu Ungunsten der MiMü ausfallen (s. Anhang 8.7.2). Somit ist der Anteil an Frauen, die in Bezug auf die aktuelle subjektive psychische Belastung tatsächlich als auffällig einzustufen sind unter MiMü signifikant höher als unter VoMü.

#### H.5.1 MiMü reagieren im Vergleich zu VoMü vermehrt mit Depressivität als Zeichen aktueller psychischer Belastung. ✓

MiMü reagieren auf subjektiv empfundene, akute Belastungssituationen signifikant ( $p = 0,021$ ) häufiger als VoMü mit Depressivität (s. Anhang unter 8.7.2).

#### H.6 Minderjährige Mütter haben im Vergleich zu volljährigen Müttern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung auffälliger Persönlichkeitsstile. ✓

Es zeigen sich signifikante Unterschiede für die Skalen eigenwilliger Stil, loyaler Stil und spontaner Stil (s. Anhang unter 8.7.3). Für *alle* diese Skalen finden sich bei MiMü signifikant höhere Mittelwerte als bei VoMü. Allerdings bewegen sich diese Mittelwerte für MiMü im Bereich des Normwerts von 50. VoMü liegen unter diesem Normbereich. Bei den Grenzwertberechnungen (Grenzwert  $> 60$ ; s. Anhang unter 8.7.3) ergibt sich, dass MiMü signifikant häufiger als VoMü Angaben machen, die auf das Vorliegen von abhängigen und paranoiden Persönlichkeitsakzentuierungen hinweisen

#### H.6.1 MiMü zeigen eine höhere Ausprägung des loyalen Persönlichkeitsstils und haben ein höheres Risiko für die Entwicklung einer abhängigen Persönlichkeitsstörung als VoMü. ✓

MiMü (MW= 51,4, SD = 8,9) weisen eine signifikant ( $p = 0,000$ ) höhere Ausprägung des loyalen Persönlichkeitsstils auf, als VoMü (MW = 46,0, SD = 7,8). Aus diesen Werten ergibt sich jedoch, dass sowohl MiMü als auch VoMü trotz ihrer signifikanten Gruppenunterschiede in Bezug auf die Ausprägungsgrade des loyalen Persönlichkeitsstils innerhalb des Bereichs der Normalverteilung liegen. Allerdings ergeben die Grenzwertberechnungen (Grenzwert > 60, s. Anhang unter 8.7.3), dass 14,3% der MiMü im Vergleich zu 2,8% der VoMü auffällig hohe Angaben zum loyalen Persönlichkeitsstil machen und damit eine signifikant erhöhte Vulnerabilität gegenüber einer abhängigen Persönlichkeitsstörung als pathologischer Entsprechung zum loyalen Persönlichkeitsstil aufweisen als VoMü.

#### H.6.2 MiMü zeigen eine höhere Ausprägung des spontanen Persönlichkeitsstils und haben ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung als VoMü. ✓

MiMü (MW= 47,1, SD = 7,8) weisen eine signifikant ( $p = 0,000$ ) höhere Ausprägung des spontanen Persönlichkeitsstils auf, als VoMü (MW = 40,7, SD = 6,9). Allerdings ergeben die Grenzwertberechnungen (Grenzwert > 60) keine signifikanten Unterschiede (s. Anhang unter 8.7.3).

### 3.5 Zusammenhänge zwischen habituellem Coping und dem psychischen Befinden in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes (Korrelationsberechnungen)

#### H.7 Die Anwendung habitueller Stressverarbeitungsstile beeinflusst das psychische Befinden (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Ausprägung von Persönlichkeitsstilen) für MiMü und VoMü unterschiedlich. ✓

H.7.1 Negative und emotionszentrierte Stressverarbeitungsstile beeinflussen das psychische Befinden bei MiMü stärker negativ, als bei VoMü. ✗

H.7.2 Positive Stressverarbeitungsstile beeinflussen das psychische Befinden bei MiMü weniger positiv als bei VoMü. ✗

Wir möchten vorausschicken, dass diese Berechnungen explorativen Charakter haben. Ausführungen zur Entscheidung, für die Überprüfung dieser Hypothesen Korrelationsberechnungen durchzuführen erfolgen unter 4.5. Die Korrelationsberechnungen zu den Zusammenhängen zwischen habituellen Stressverarbeitungsstilen und den Zufriedenheitsindices (s. Anhang unter 8.8.1), der subjektiven aktuellen Belastung (s. Anhang unter 8.8.2) und der Ausprägung von Persönlichkeitsstilen/-störungen (s. Anhang unter 8.8.3) ergaben alle, dass die Zusammenhänge für MiMü und VoMü unterschiedlich sind. Unsere Hypothese, dass negative und emotionszentrierte Copingstile das psychische Befinden von MiMü jedoch im Vergleich zu VoMü stärker negativ und in Bezug auf positive Copingstile weniger positiv beeinflussen, ist nicht zutreffend. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden an dieser Stelle nur die nach Auffassung der Autorin relevanten signifikanten Ergebnisse beschrieben. Die vollständigen Berechnungen sind unter 8.8 im Anhang einsehbar.

### **Zufriedenheit**

Für die Gruppe der **VoMü** zeigt sich, dass besonders die Lebenszufriedenheit durch die SVF-Subskalen Selbstbestätigung, Resignation, Selbstbemitleidung und dem SVF-Sekundärtest Negativ-Strategien in signifikanter Weise herabgesetzt wird.

Die SVF-Skalen, die bei der Gruppe der VoMü die zahlreichsten signifikanten Korrelationen zu den Zufriedenheitsindices aufweisen sind die Subskala Selbstbestätigung und der Sekundärtest Negativ-Strategien. Beide Skalen führen zu einer signifikanten Minderung einer breiten Anzahl von Zufriedenheitsindices (Zufriedenheit mit Gesundheit, Familie und Leben insgesamt).

Die höchsten Signifikanzlevel zeigen sich für die Gruppe der VoMü für den Subtest Selbstbemitleidung, der die Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit besonders stark herabsetzt.

Bei der Gruppe der **MiMü** zeigt sich ein anderes Bild. Es sind hier vor allem die Zufriedenheit mit den Freundschaften und der Arbeit, die in signifikanter Weise durch den Einsatz von habituell angewandten Coping Stilen (v.a. die Subskalen: Flucht, Soziale Abkapselung, Resignation, Selbstbemitleidung, Selbstbeschuldigung, Pharmakaeinnahme und der Sekundärtest: Negativ-Strategien) gemindert werden.

Auch in Bezug auf die Skalen des SVF zeigt sich bei MiMü ein anderes Bild als bei VoMü. Die größte Anzahl signifikanter Zusammenhänge mit den Zufriedenheitsindices zeigen sich für den SVF-Subtest Selbstbeschuldigung.

Das höchste Signifikanzniveau erreicht bei MiMü der Subtest Pharmakaeinnahme, der die Zufriedenheit mit der Arbeit stark reduziert.

### **BSI:**

Insgesamt bietet sich für die Gruppe der **VoMü** ein recht heterogenes Bild bezüglich der zwischen BSI und SVF bestehenden Zusammenhänge. Die Subtests des SVF mit der größten Anzahl signifikanter Korrelationen zum BSI sind emotionszentriertem (v.a. Subtests: Resignation, Selbstbemitleidung) sowie handlungsbasiertem Coping (v.a. Subtest Flucht) zuzuordnen. Es handelt sich mehrheitlich um negative Stressverarbeitungsstile.

In Bezug auf die höchsten Signifikanzlevel zwischen SVF und BSI findet sich bei den VoMü ein positiver Zusammenhang zwischen negativen sowie emotionszentrierten Copingstilen (v.a. Subtests: Resignation, Selbstbemitleidung und Selbstbeschuldigung und Sekundärtest: Negativ-Strategien) und der Skala Depressivität des BSI.

Für die Gruppe der **MiMü** zeigt sich in diesen Korrelationsberechnungen ein ähnliches Bild. Es sind vor allem zu negativer Stressverarbeitung zugehörige Subtests, die statistisch signifikante, positive Zusammenhänge zu Skalen des BSI aufweisen. Es sind

allerdings nicht exakt dieselben Skalen wie bei den volljährigen Erstgebärenden. Es finden sich zwar auch hier die Subtests Flucht, Resignation und Selbstbemitleidung, darüber hinaus aber auch die Subtests soziale Abkapselung, Gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstbeschuldigung, Aggressivität und der Sekundärtest Negativstrategien, die signifikante positive Zusammenhänge zu den Skalen des BSI aufweisen.

Für die Gruppe der MiMü gilt, dass die BSI-Skalen Depressivität, Aggressivität und Phobische Angst die höchsten Signifikanzlevel der Korrelationen ( $p < 0,001$ ) zum SVF aufweisen, während es die Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt und Paranoides Denken sind, die insgesamt die meisten signifikanten Zusammenhänge ( $p < 0,05$  bis  $p < 0,001$ ) zum SVF zeigen.

***Sowohl für MiMü als auch für VoMü*** zeigen sich signifikante positive Korrelationen zwischen dem Sekundärtest Negativstrategien und allen globalen Kennwerten des BSI.

### **PSSI:**

Zusammengefasst zeigt sich in diesen Ergebnissen für ***VoMü***, dass es wie bereits bei den Korrelationsberechnungen von BSI und SVF auch hier wieder ein geringeres Spektrum an Stressverarbeitungsstilen (v.a. Subtest: Flucht und Sekundärtest: Pos II - Ablenkung/Hinwendung zu Angenehmem) gibt, die signifikante Zusammenhänge zum Ausprägungsgrad der untersuchten Persönlichkeitsstile aufweisen, als dies für die Gruppe der ***MiMü*** der Fall ist (v.a. Subtest: Resignation, soziale Abkapselung, Flucht, Selbstmitleid, Selbstbeschuldigung, Aggression und dem Sekundärtest: Negativ-Strategien). Für MiMü zeigt sich, dass die im SVF (vgl. Tabelle 3) als positiv klassifizierten Stressverarbeitungsstile (Subtests: Herunterspielen, Ablenkung, Ersatzbefriedigung, Selbstbestätigung, Situationskontrolle, Reaktionskontrolle und positive Selbstinduktion) den Ausprägungsgrad der untersuchten PSSI-Skalen bei MiMü signifikant erhöhen und nicht, wie angenommen reduzieren.

***Sowohl für MiMü als auch für VoMü*** sind es im SVF (vgl. Tabelle 3) als negativ klassifizierte Copingstile (vgl. Tabelle 3), die die Ausprägungsgrade des spontanen und loyalen Persönlichkeitsstils signifikant erhöhen. Diese beiden Persönlichkeitsstile sind es auch, die für beide Untersuchungsgruppen die meisten signifikanten Zusammenhänge zu verschiedenen Coping-Stilen aufweisen. D.h. je stärker eine Frau in unserer Stichprobe sich selbst als loyal-abhängig bzw. spontan-borderline beschreibt, desto eher wendet sie ein breites Spektrum (positiv – emotionszentriert im Sinne von Ablenkung und Abwehr, problemorientiert, aber auch negativ) an Copingstilen an.

### 3.6 Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren mit dem Alter bei Geburt des ersten Kindes bei der Vorhersage psychischer Belastung (Varianzanalysen)

#### H.8 Risiko- und Schutzfaktoren moderieren das psychische Befinden (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Persönlichkeitsstile/-störungen) für MiMü und VoMü unterschiedlich. ✓

H.8.1 Risikofaktoren führen bei MiMü zu einer stärkeren Beeinträchtigung des psychischen Befindens als bei VoMü. ✓

H.8.2 Schutzfaktoren wirken sich bei MiMü weniger positiv auf das psychische Befinden aus als bei VoMü. ✕

Es wird angenommen, dass es Interaktionen zwischen Risiko-/Schutzfaktoren und der minderjährigen Mutterschaft gibt, die zu einer Verstärkung der Wirkung der Einzelfaktoren auf die psychische Befindlichkeit führen. Aus diesem Grund werden Varianzanalysen durchgeführt. Sie sollen klären, in welcher Weise die verschiedenen Einzelrisiken jeweils mit dem Faktor „Alter bei Erstgeburt“ zusammenwirken, d.h. wie sie einander moderieren. Nachfolgend werden ausschließlich signifikante Interaktionen beschrieben.

#### Lebenszufriedenheit

Es werden zweifaktorielle Varianzanalysen mit allen in den Gruppenvergleichen untersuchten Risiko- und Schutzfaktoren in Abhängigkeit vom Alter der Mutter bei Geburt des Kindes durchgeführt. Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.1 entnommen werden.

#### Einfluss einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Lebenszufriedenheit.

Gibt es psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie sinkt die Lebenszufriedenheit in der Gruppe der VoMü signifikant ( $p = 0.054$ ). Bei minderjährigen Müttern macht eine zusätzliche Belastung durch psychische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie keinen Unterschied in Hinblick auf ihre Zufriedenheit mit dem Leben (s. Anhang unter 8.9.1).

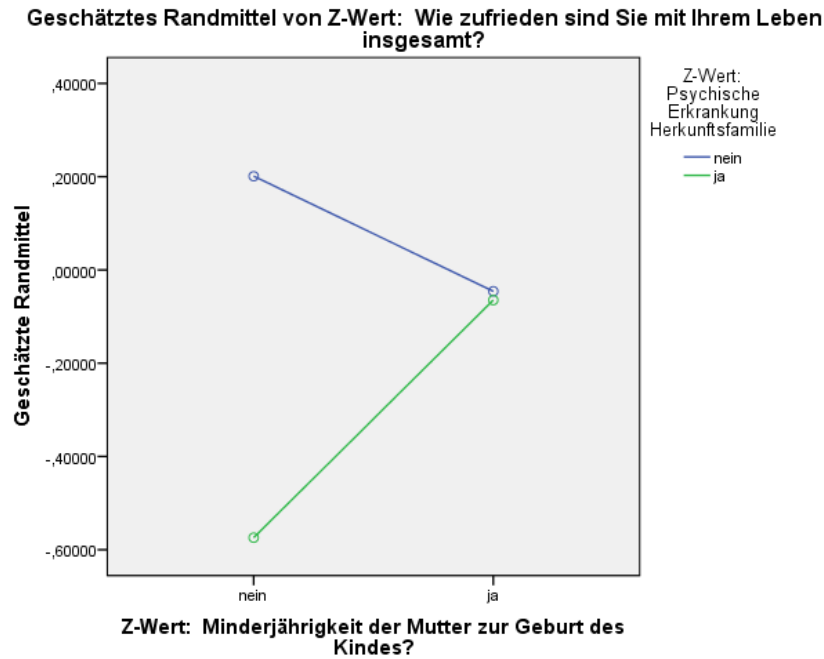


Abbildung VII

### **Aktuell empfundene Belastungsintensität (GSI)**

Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.2 entnommen werden.

#### **Einfluss einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die aktuell empfundene Belastungsintensität**

Aus diesen Berechnungen geht hervor, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie die aktuell empfundene Belastungsintensität erneut nur für VoMü heraufsetzt ( $p = 0,018$ ). Die von MiMü angegebene aktuell empfundene Belastungsintensität liegt jedoch sowohl bei positiver Anamnese für eine psychische Erkrankung in ihrer Herkunftsfamilie, als auch unabhängig davon in einem ähnlichen Bereich, wie die aktuell empfundene Belastungsintensität von VoMü mit psychisch erkranktem Familienmitglied (s. Anhang unter 8.9.2).



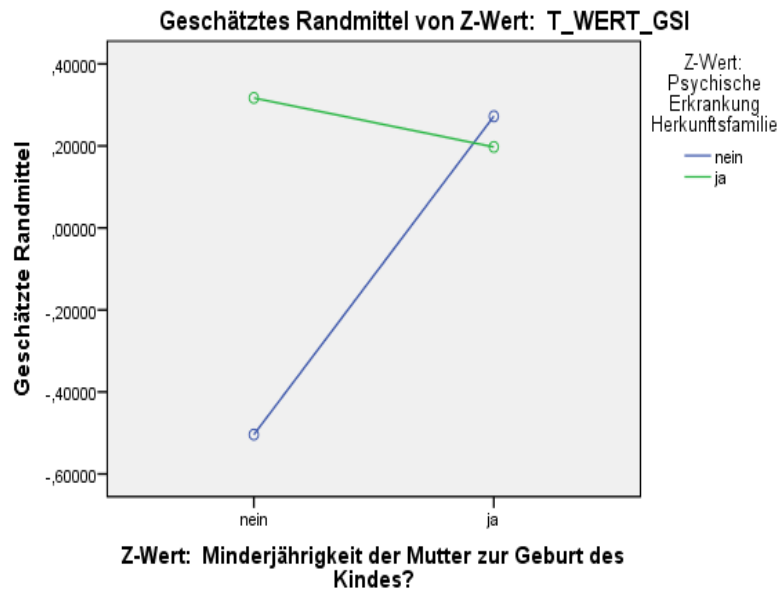


Abbildung VIII

Einfluss von Gewalterfahrung und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die aktuell empfundene Belastungsintensität

Bei diesen Berechnungen zeigt sich, dass das Erleben von Gewalt die aktuell empfundene Belastungsintensität sowohl für MiMü als auch für VoMü signifikant erhöht ( $p = 0,005$ ). Für volljährige Erstgebärende mit einer Gewaltanamnese erhöhen sich die Angaben zur aktuell empfundenen Belastungsintensität ( $p = 0,032$ ) stärker als bei MiMü mit Gewalterfahrungen. Hierbei sei aber hervorgehoben, dass Angaben zur aktuellen subjektiven Belastungsintensität für minderjährige Mütter ohne Gewalterfahrung bereits in etwa auf demselben Niveau liegen, wie die Angaben volljähriger Mütter *mit* Gewalterfahrung (s. Anhang unter 8.9.2).

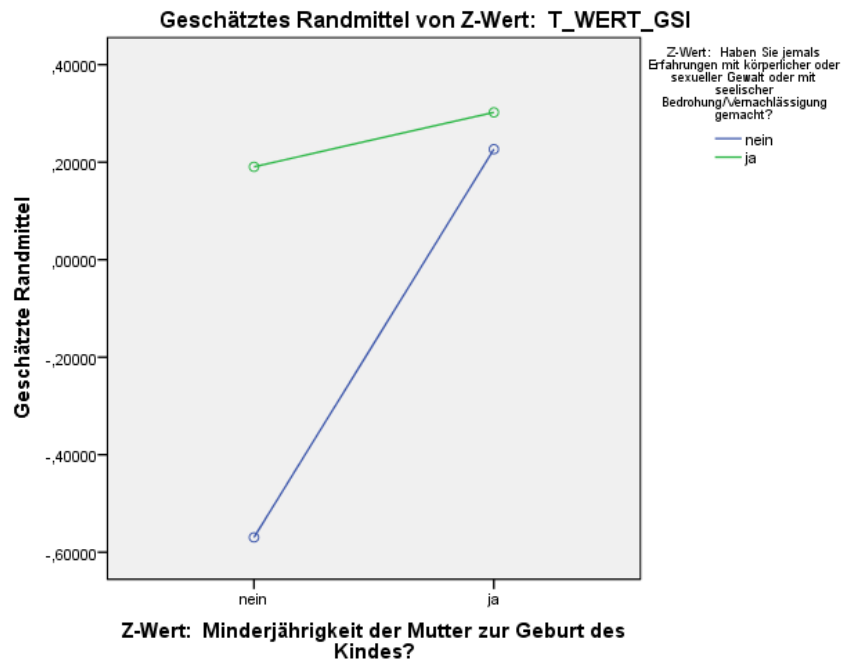


Abbildung IX

### **Persönlichkeitsstile/-störungen (PSSI)**

#### ***Selbstbestimmter Persönlichkeitsstil (Antisoziale Persönlichkeitsstörung)***

Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.3.1 entnommen werden.

#### **Einfluss von Nikotinabusus in Kindheit/Jugend und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf den Ausprägungsgrad Selbstbestimmter/Antisozialer Persönlichkeitsstile/-störungen**

Diese Berechnungen zeigen, dass der Nikotinkonsum in Kindheit/Jugend nur für MiMü zu einer signifikanten Erhöhung von Angaben zu antisozialen Persönlichkeitsmerkmalen ( $p = 0,046$ ) führen. Für VoMü hat der Nikotinkonsum während Kindheit/Jugend keinerlei Einfluss auf Angaben zu selbstbestimmt-antisozialen Persönlichkeitsattributen (s. Anhang unter 8.9.3.1).

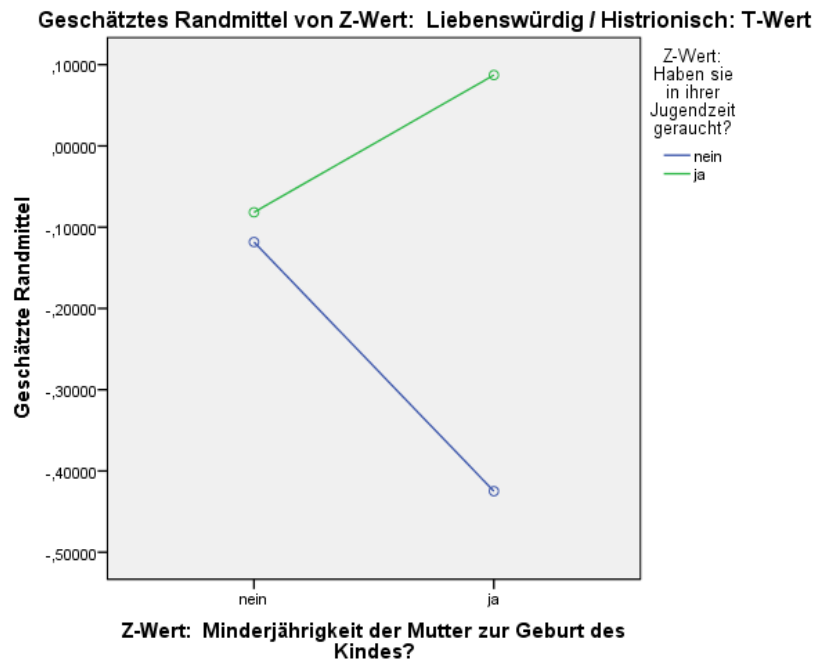


Abbildung X

Einfluss schlechter Schulleistungen und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Selbstbestimmter/Antisozialer Persönlichkeitsstiel/-störungen

Schlechte Schulleistungen führen besonders bei VoMü zu signifikant höheren Angaben selbstbestimmter bis antisozialer Persönlichkeitseigenschaften ( $p = 0,014$ ). Auf MiMü haben schlechte Schulleistungen diesbezüglich keinen wesentlichen Einfluss (s. Anhang unter 8.9.3.1).



Abbildung XI

### ***Eigenwilliger Persönlichkeitsstil (Paranoide Persönlichkeitsstörung)***

Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.3.2 entnommen werden.

#### *Einfluss von Gewalterfahrung und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Eigenwilliger/Paranoider Persönlichkeitsstile/-störungen*

Es zeigt sich bei diesen Berechnungen, dass die minderjährige Mutterschaft im Vergleich zur volljährigen Mutterschaft mit signifikant höheren Angaben zu eigenwillig-paranoiden Persönlichkeitscharakteristika assoziiert ist ( $p = 0,008$ ). Wenn eine Gewalterfahrung in der Anamnese von MiMü bekannt ist, kommt es darüber hinaus zu einer weiteren, signifikanten ( $p = 0,025$ ) Erhöhung des Ausprägungsgrads paranoider Persönlichkeitsmerkmale (s. Anhang unter 8.9.3.2).

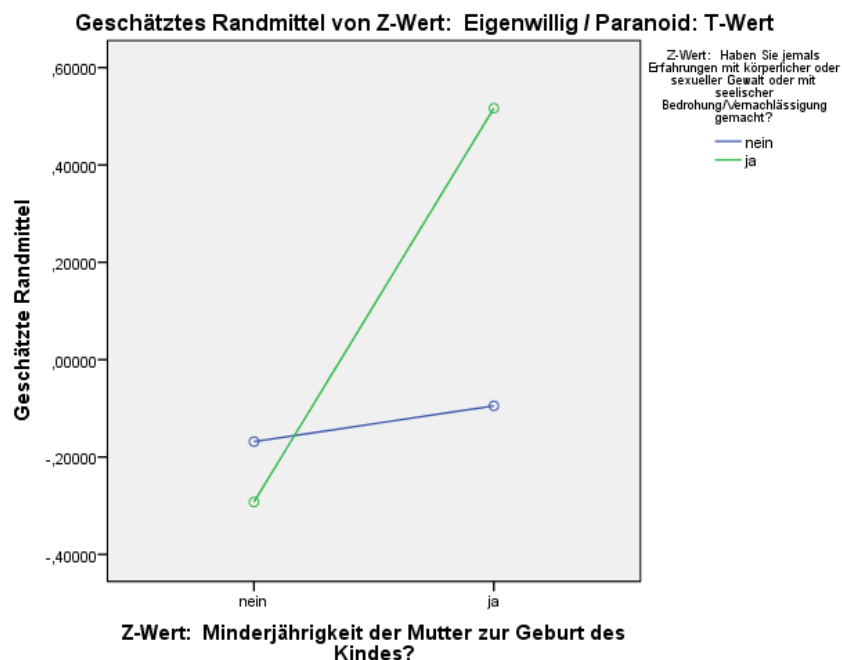


Abbildung XII

### ***Zurückhaltender Persönlichkeitsstil (Schizoide Persönlichkeitsstörung)***

Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.3.3 entnommen werden.

#### *Einfluss von schlechten Schulleistungen und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Zurückhaltender/Schizoider Persönlichkeitsstile/-störungen*

VoMü, die schlechte Schulleistungen aufweisen, beschreiben sich selbst signifikant häufiger mit zurückhaltenden bis schizoiden Persönlichkeitsmerkmalen ( $p = 0,052$ ), als MiMü und VoMü, die in der Schule bessere Leistungen erzielen. Bei MiMü reduzieren sich Angaben

zum Ausprägungsgrad zurückhaltender Persönlichkeitseigenschaften sogar leicht, wenn sie in der Schule schlechte Leistungen zeigen (s. Anhang unter 8.9.3.3).



Abbildung XIII

### ***Loyalere Persönlichkeitsstil (Abhängige Persönlichkeitsstörung)***

Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.3.4 entnommen werden.

### *Einfluss einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Loyalere/Abhängiger Persönlichkeitsstile/-störungen*

Eine psychiatrische Erkrankung in der Familie führt bei MiMü dazu, dass sie sich etwas weniger loyale Persönlichkeitseigenschaften zuschreiben, als sie das ohne Vorliegen einer solchen Anamnese tun. Im Unterschied hierzu zeigt sich bei VoMü mit einer psychischen Erkrankung bei einem Familienmitglied eine gegenteilige Entwicklung ( $p = 0,004$ ) mit deutlichem Anstieg in der Selbstzuschreibung loyaler bis abhängiger

Persönlichkeitsmerkmale. Bei MiMü liegen die Angaben zu loyalen

Persönlichkeitscharakteristika jedoch ohne psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie in etwa auf dem Niveau, auf dem sie bei VoMü liegen, wenn eine psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie besteht (s. Anhang unter 8.8.3.4).



Abbildung XIV

Einfluss von Gewalterfahrung und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Loyal/Abhängiger Persönlichkeitsstile/-störungen

Es zeigt sich, dass das Erleben von Gewalt nur bei VoMü zu einer signifikanten Erhöhung der Angaben loyaler bis abhängiger Persönlichkeitsmerkmale führt ( $p = 0,009$ ). MiMü zeigen indes bei Vorliegen einer Gewaltanamnese einen leichten Rückgang in Bezug auf ihre Angaben zu diesen Persönlichkeitseigenschaften. Unsere Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass minderjährige Erstgebärende **ohne** Gewalterfahrung bereits ähnlich hohe Angaben zu loyalen bis abhängigen Persönlichkeitsmerkmalen machen, wie volljährige Mütter **mit** Gewalterfahrung (s. Anhang unter 8.9.3.4).

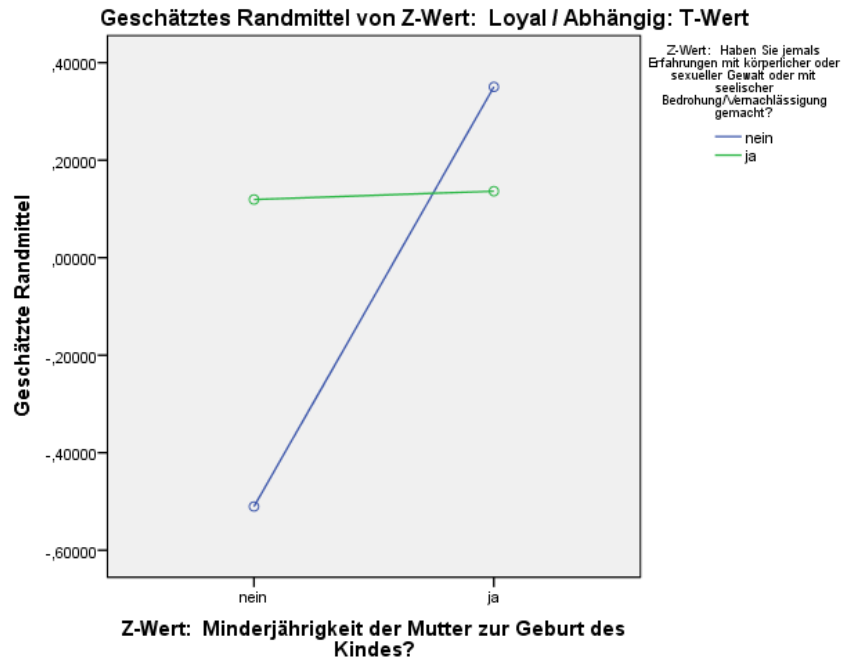


Abbildung XV

Einfluss enger Freundschaften und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Loyal/Abhängiger Persönlichkeitsstile/-störungen

Für minderjährige Mütter mit engen Freunden kommt es im Unterschied zu MiMü und VoMü ohne enge Freundschaften zu signifikant ( $p = 0,032$ ) höheren Angaben in Bezug auf loyal bis abhängige Persönlichkeitseigenschaften. Bei VoMü mit engen Freunden reduzieren sich hingegen Angaben zu loyal-abhängigen Persönlichkeitsmerkmalen (s. Anhang unter 8.8.3.4).

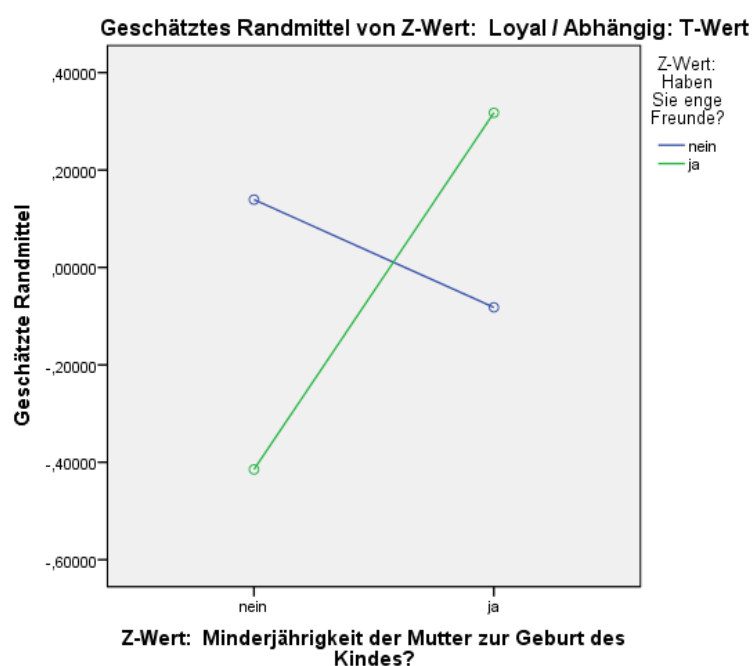


Abbildung XVI

### ***Spontaner Persönlichkeitsstil (Borderline Persönlichkeitsstörung)***

Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.3.5 entnommen werden.

#### *Einfluss von Nikotinabusus während Kindheit und Jugend und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Spontaner/Borderline Persönlichkeitsstile/-störungen*

Die Ergebnisse dieser Varianzanalyse zeigen, dass der Nikotinabusus in Kindheit/ Jugend die Ausprägung spontaner bis Borderline Persönlichkeitsmerkmale nur für MiMü signifikant beeinflusst ( $p = 0,031$ ). Rauchen in Kindheit/Jugend erhöht bei MiMü den Ausprägungsgrad von Borderline Persönlichkeitscharakteristika, während VoMü davon nahezu unbeeinflusst bleiben (s. Anhang unter 8.9.3.5).

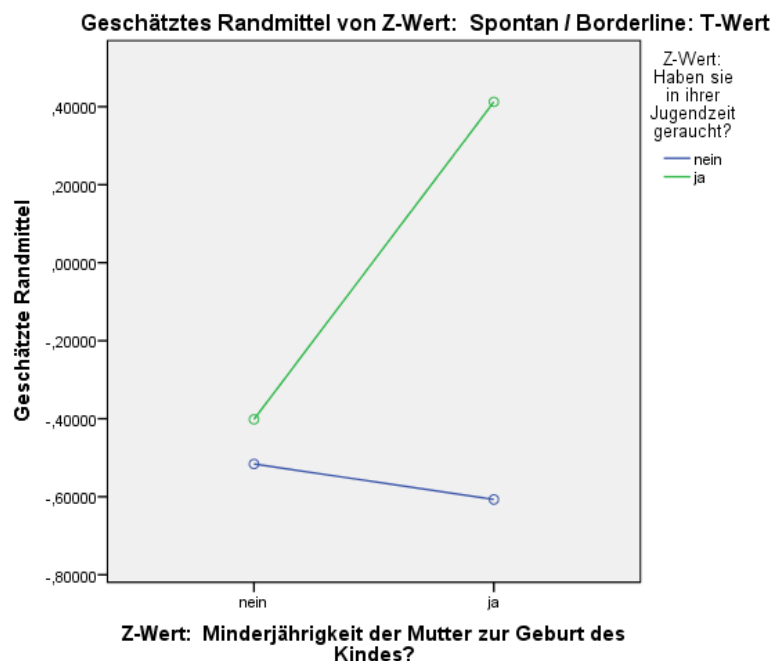


Abbildung XVII

#### *Einfluss von eigenem Verdienst und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Spontaner/Borderline Persönlichkeitsstile/-störungen*

In diesen Berechnungen zeigt sich, dass der eigene Verdienst nur für MiMü zu einer signifikanten ( $p = 0,027$ ) Reduktion des Ausprägungsgrads von spontan-borderline Persönlichkeitsmerkmalen führt. Für VoMü hat der eigene Verdienst oder aber das Fehlen eines selbstständig erwirtschafteten Einkommens keinen signifikanten Einfluss auf Angaben zu spontanen Persönlichkeitscharakteristika (s. Anhang unter 8.9.3.5).



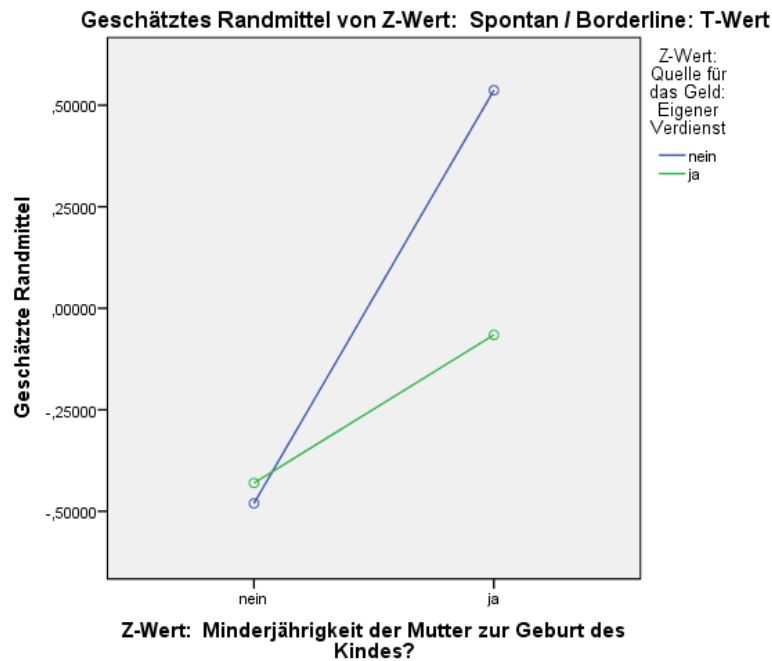


Abbildung XVIII

### ***Liebenswürdiger Persönlichkeitsstil (Histrionische Persönlichkeitsstörung)***

Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9.3.6 entnommen werden.

### *Einfluss psychischer Erkrankungen in Kindheit/Jugend und Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf die Ausprägung Liebenswürdiger/Histrionischer Persönlichkeitsstile/-störungen*

Die Ergebnisse dieser Berechnungen ergeben, dass eine psychische Erkrankung in der Anamnese bei MiMü zu einer signifikant ( $p = 0,048$ ) höheren Ausprägung liebenswert bis histrionischer Persönlichkeitsmerkmale führt. Auf VoMü hat eine in Kindheit/Jugend diagnostizierte psychische Erkrankung keinen signifikanten Einfluss auf liebenswürdige Persönlichkeitsvarianzen (s. Anhang unter 8.9.3.6).

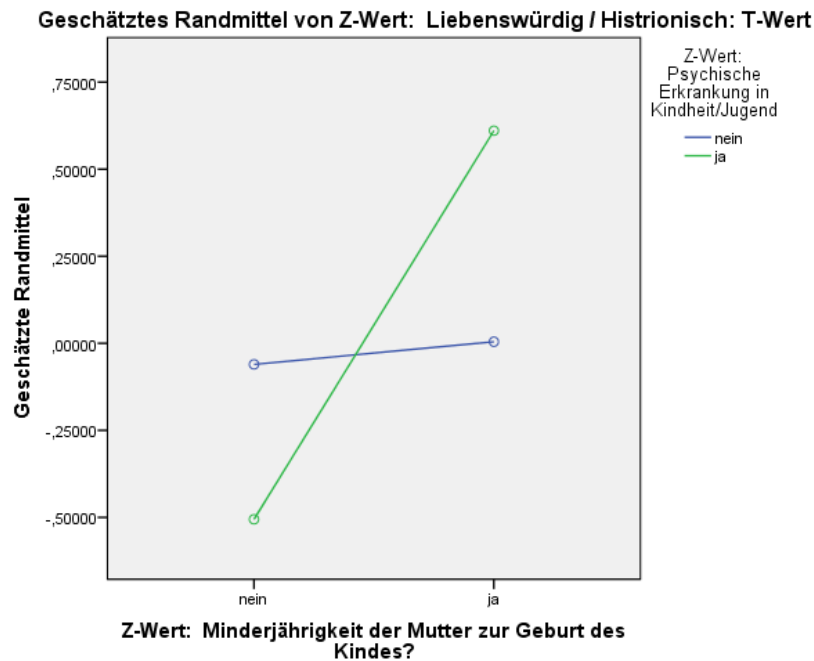


Abbildung XIX

#### 4. Diskussion

##### 4.1 Diskussion der Risikofaktorenbelastung in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes

**H.1 Minderjährige Erstgebärende (= MiMü) sind im Vergleich zu volljährigen Erstgebärenden (= VoMü) vermehrt personellen, familiären und sozialen Risikofaktoren ausgesetzt. ✓**

H.1.1 MiMü weisen eine höhere Risikofaktorenkumulation auf als VoMü. ✓

H.1.2 MiMü sind in größerem Ausmaß als VoMü von Transferleistungen abhängig. ✓

H.1.3 Eltern von MiMü sind häufiger getrennt als Eltern von VoMü. ✓

H.1.4 In Herkunftsfamilien von MiMü liegen häufiger psychische Erkrankungen vor als bei VoMü. ✗

H.1.5 MiMü weisen häufiger als VoMü eine psychische Erkrankung in Kindheit und/oder Jugend auf. ✗

H.1.6 MiMü konsumieren in Kindheit und/oder Jugend häufiger Nikotin als VoMü. ✓

H.1.7 MiMü machen in Kindheit und/oder Jugend häufiger Gewalterfahrungen (psychisch, physisch, sexuell) als VoMü. ✓

H.1.8 MiMü konsumieren während der Schwangerschaft häufiger Drogen (Nikotin, Alkohol, illegale Drogen) als VoMü. ✓

H.1.9 MiMü erbringen schlechtere Schulleistungen (Noten 4,5+6) als VoMü. ✓

Eine **vermehrte Risikofaktorenbelastung** für MiMü wird in vielen internationalen Studien beschrieben (Spicer et al., 2013; Van der Laan et al., 2010; Henretta et al., 2008; Friedrich et

al., 2005; Woodward et al., 2001; Musick, 1993) und lässt sich auch in unseren Ergebnissen nachweisen. Die theoretische Grundlage für die negativen Folgen einer Risikofaktorenkumulation kann im Zusammenhang mit dem Diathese-Stress-Modell gesehen werden. Bei Zunahme der Belastungen auf ein Individuum ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Kompensationsmechanismen versagen und psychische Störungen in Abhängigkeit von der Vulnerabilität der betroffenen Person wahrscheinlicher werden (Wittchen & Hoyer, 2011). Auf Grundlage dessen klassifizieren Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse (2009) die kumulative Risikofaktorenbelastung als negativen Einflussfaktor für die psychische Gesundheit. Dass eine Risikofaktorenkumulation zu einer erhöhten Rate an psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen führt, beschreiben Wille et al. (2008) in ihrer querschnittlich angelegten Studie, die den Zusammenhang von Risiko- und Schutzfaktoren auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen untersucht. Anhand dieser Ergebnisse sind MiMü in unserer Studie als Risikopopulation für psychische Auffälligkeiten einzuschätzen.

Neben einer erhöhten Risikokumulation findet sich bei MiMü aber auch eine vermehrte Belastung hinsichtlich Einzelrisiken.

MiMü weisen im Einklang mit der internationalen Studienlage eine vermehrte **Abhängigkeit von Transferleistungen** auf (Ngum Chi Watts et al., 2015; Gavin et al., 2011; Collins, 2010; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009; Henretta et al., 2008; Block & Matthießen, 2007; Friedrich et al., 2005; Hanna, 2001; Musick, 1993). Lampert & Kuntz (2015) weisen in ihrer „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ Unterschiede in psychischer und physischer Gesundheit sowie Unterschiede im Gesundheitsverhalten nach, die durch den sozioökonomischen Status erklärt werden und zu Ungunsten der sozioökonomisch benachteiligten Untersuchungsgruppe ausfallen. Lampert & Kuntz (2015) weisen darüber hinaus nach, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit zahlreichen weiteren Risikofaktoren assoziiert ist, wie z.B. psychische Auffälligkeiten in Kindheit/Jugend (insbesondere ADHS und Essstörungen) sowie Gewalterfahrungen. Das heißt, das Vorliegen eines Risikofaktors kann das Vorliegen weiterer Risikofaktoren nach sich ziehen und dadurch kumulative Effekte entfalten. Dies führt zu der Frage, ob nicht womöglich ein niedriger sozioökonomischer Status durch seine Einstufung als Risikofaktor für eine frühe Mutterschaft (Hanna, 2001, I; Musick, 1993) bei unserer Studienpopulation das Eintreten der minderjährigen Mutterschaft begünstigt haben könnte. In dieser Studie wird nur erfasst, ob die Studienteilnehmerinnen zum Interviewzeitpunkt Transferleistungen beziehen. Angaben dazu, ob Transferleistungen auch vor der Schwangerschaft bezogen wurden, sind nicht möglich. Eine minderjährige Mutterschaft als Folge eines niedrigen sozioökonomischen Status ist bei den Studienteilnehmerinnen also nicht auszuschließen. Genauso wenig kann jedoch ausgeschlossen werden, dass der sozioökonomischer Status sich durch das Eintreten einer

minderjährigen Mutterschaft verschlechtert haben könnte. Angesichts der bereits für MiMü nachgewiesenen Risikofaktorenkumulation ist jedoch anzunehmen, dass sich der sozioökonomische Status der MiMü durch ihre Minderjährigkeit bei Geburt ihres ersten Kindes zumindest nicht verbessert.

MiMü in unserer Studie entstammen häufiger Familien, in denen sich die biologischen **Eltern getrennt** haben, als VoMü. Bei der elterlichen Trennung handelt es sich um einen Risikofaktor für Störungen des psychischen Befindens (Anderson & Pierce, 2015; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2009; Wille et al., 2008), die sich als Folge einer als traumatisch erlebten Trennung zweier geliebter Personen ausbilden können. Als besonders belastend gilt dabei ein konfliktreiches familiäres Umfeld (Wille et al., 2008). Psychische Auffälligkeiten können sich aber auch aus der Risikokumulation entwickeln, zu der es häufig durch die Assoziation einer elterlichen Trennung mit weiteren Risikofaktoren kommt. Besonders hervorgehoben wird in diesem Zusammenhang eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Erleben von Gewalt (Wille et al., 2008) und speziell von sexueller Gewalt (Musik, 1993). Auch in Bezug auf **Gewalterfahrungen** sind MiMü deutlich mehrbelastet als VoMü. 40,6% von ihnen geben an, Gewalterfahrungen gemacht zu haben. Ganz allgemein ist das Erleben von Gewalt mit einem breiten Spektrum psychischer Erkrankungen assoziiert (Schlack & Petermann, 2014; Yael Dvir et al, 2014; Berenz et al, 2013). Schlack & Petermann (2014) weisen im Rahmen ihrer querschnittlich angelegten Studie nach, dass das Erleben von Gewalt signifikant mit Internalisierungs- und Externalisierungsstörungen sowie mit einer Kumulation von psychischen Erkrankungen assoziiert ist. Sie erheben Angaben zu Gewalterfahrung, ebenso wie hier über eine Selbstbeurteilung der Studienteilnehmer, unterscheiden aber das Erleben von Gewalt als Täter, Opfer oder beides. In der hier vorliegenden Studie werden Gewalterfahrungen nur für die Opferrolle erfasst. Da sich allerdings auch bei der Gruppe der Täter starke Assoziationen zu psychischen Auffälligkeiten zeigen (Schlack & Petermann, 2014), ist anzunehmen, dass eine sehr vulnerable Subgruppe von Gewalttätern in dieser Arbeit nicht über diesen Risikofaktor erfasst wurde. Für Mädchen sind als Folge von Gewalterfahrungen vorwiegend Internalisierungsstörungen wie Depressionen beschrieben (Yael Dvir et al, 2014). Gavin et al. (2011) untersuchten in einer longitudinal angelegten Kohortenstudie über 17 Jahre schwerpunktmäßig die Assoziation depressiver Symptomatik mit der minderjährigen Mutterschaft. Hierbei untersuchten sie auch den Einfluss, den Gewalterfahrungen durch den Partner bei minderjährigen Erstgebärenden auf Angaben depressiver Symptomatik hatten und wiesen nach, dass MiMü mit Gewaltanamnese im Vergleich zu minderjährigen Erstgebärenden ohne Gewaltanamnese ein 2-4 fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung depressiver Symptome im Zeitverlauf hatten. Wie bereits in der Einleitung (s. unter 1.4.3) dargelegt, ist für den Risikofaktor Gewalterfahrung darüber hinaus ein sogenannter „*gender cross over effect*“ (Schlack & Petermann, 2014, S.3) beschrieben,

wonach es bei Vorliegen dieses Risikofaktors zu geschlechtsuntypischen Assoziationen mit Externalisierungsstörungen (für Mädchen) kommt. Das bedeutet für die in unserer Studie signifikant häufiger betroffenen MiMü, dass sie durch die Gewalterfahrung einerseits einem deutlich erhöhten Risiko für Internalisierungs- aber darüber hinaus auch einem höheren Risiko für Externalisierungsstörungen sowie Mehrfacherkrankungen im Bereich psychischer Erkrankungen ausgesetzt sind. Inwiefern sich aus diesem erhöhten Risiko für MiMü tatsächlich auch eine höhere psychische Belastung ergibt, wird unter 4.4 diskutiert.

Eine ***psychische Erkrankung bei einem Familienmitglied*** als Risikofaktor für die Entwicklung einer eigenen psychischen Erkrankung ist in der Literatur vielfach beschrieben (Van der Sanden et al., 2016; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009; Wille et al., 2008; Ravens-Sieberer et al., 2002). Aber auch in diesen Arbeiten wird kein Zusammenhang zwischen der minderjährigen Mutterschaft und einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie beschrieben. Dieser Risikofaktor scheint somit wenig Bedeutung für das Eintreten einer minderjährigen Mutterschaft zu haben und wird bei MiMü auch nicht signifikant häufiger nachgewiesen, als bei VoMü.

Auch Literaturangaben (Gavin et al., 2011; Pedersen & Mastekaasa, 2010; Gaines Lanzi et al., 2009; Henrietta et al., 2008; Figueiredo et al., 2007), nach denen eine ***eigene psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend*** mit einer minderjährigen Mutterschaft assoziiert ist, können durch unsere Berechnungen nicht bestätigt werden. Für beide Gruppen wird etwa gleich häufig eine psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend angegeben (MiMü: 11,9%; VoMü: 9,3). Dies entspricht der Prävalenz für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von ca. 10-20% in der Normalbevölkerung (Hölling et al., 2014; Wille et al., 2008; Ravens-Sieberer et al., 2002). Für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ist beschrieben, dass sie zu einem großen Anteil im Erwachsenenalter fortbestehen (Ravens-Sieberer et al., 2002). Erklärungsansätze, die in einer vorbestehenden psychischen Erkrankung den ausschlaggebenden Faktor für das Eintreten einer minderjährigen Mutterschaft sehen, treffen in Bezug auf unsere Stichprobe nicht zu. In Bezug auf den ***Nikotinkonsum in Kindheit/Jugend*** hingegen, bestätigen sich die Ergebnisse internationaler Arbeiten, die für MiMü einen erhöhten Konsum beschreiben (Bottorff et al., 2014; De Genna et al., 2009; Bonell et al., 2005). Etwas über 90% der MiMü in unserer Studie geben an, dass sie in Kindheit/Jugend geraucht haben. Bei VoMü sind es knapp 60%. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2015) zum Tabakkonsum in Deutschland liegt die Prävalenz für das Jahr 2014 bei Mädchen im Alter von 12-17 Jahren bei 8,9% und für weibliche Personen über 15 Jahre für das Jahr 2013 bei 20,3%. Diese Daten werden ergänzt durch die von Lampert & Kuntz (2014), die eine Prävalenz des Nikotinkonsums von 12,0 % bei den 11- bis 17-jährigen Jugendlichen in Deutschland beschrieben. Es ergibt sich damit für ***alle*** unsere Studienteilnehmerinnen ein dramatischer

Unterschied zur deutschen Normalbevölkerung. Es bleibt allerdings zu berücksichtigen, dass der Nikotinabusus unter Kindern und Jugendlichen zumindest in der Jugend der VoMü deutlich höher gelegen haben könnte. Daten von 1979 bis 2014 weisen zwar genau das nach, zeigen jedoch über den gesamten Zeitverlauf, dass der Tabakkonsum 12 - 17-jähriger Mädchen immer unterhalb einer Prävalenzrate von 30% blieb (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015). Die Gruppe der MiMü hingegen ist zu Zeiten abnehmenden Tabakkonsums unter Kindern und Jugendlichen aufgewachsen und weist mit einem Nikotinabusus bei 92% der befragten MiMü eine höchst auffällige Normabweichung auf. Veigel-Maruschke (2015) diskutiert in ihrer zu diesem Studienprojekt gehörenden Arbeit, dass diese Normabweichung bezüglich des Nikotinabusus „(...)neben der minderjährigen Mutterschaft an sich und der höheren Traumatisierungsrate auch mit dem unterdurchschnittlichen sozialen Status der hier befragten jungen Frauen sowie mit dem Erhebungsstandort in den neuen Bundesländern (...)“ (Veigel-Maruschke, 2015, S. 71), für die in der Literatur eine erhöhte Prävalenz von Nikotinabusus beschrieben ist, zusammenhängt. Lampert & Kuntz (2014) führen den besonders schädlichen Einfluss des Tabakkonsums in Kindheit und Jugend auf eine „erhöhte Vulnerabilität des noch nicht ausgereiften Organismus“ (Lampert & Kuntz, 2014, S. 830) zurück. In der Arbeit des Gesundheitsministeriums der USA zur Prävention von Nikotinabusus bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (U.S. Department of Health and Human Services, 2012, S. 79-110) wird diese erhöhte Vulnerabilität folgendermaßen konkretisiert: Akzeleration atherosklerotischen Gefäßumbaus mit erhöhter kardiovaskulären Morbidität und Mortalität, Störung der Lungenreife mit reduzierter Lungenfunktion und eingeschränkter Belastungstoleranz, sowie Initiation entzündlicher Veränderungen mit Erhöhung des Risikos für die Entwicklung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, sowie Erhöhung des Risikos für Tumorleiden durch die kanzerogenen Substanzen in Zigaretten. Überdies ist ein frühzeitig begonnener Nikotinabusus mit einem höheren Risiko für einen dauerhaften Tabak- sowie übermäßigen Alkoholkonsum (Lampert & Kuntz, 2014; De Genna, 2009) ebenso wie aggressiven Persönlichkeitsmerkmalen (De Genna et al., 2009), Depressionen, Angststörungen und einem breiten Spektrum psychischer Auffälligkeiten (U.S. Department of Health and Human Services, 2012, S. 27-28) assoziiert. Allerdings wird in der Metaanalyse des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums (U.S. Department of Health and Human Services, 2012, S. 28) auch angemerkt, dass bislang nicht klar ist, inwiefern der Tabakkonsum den Eintritt einer psychischen Erkrankung begünstigt, oder aber Ausdruck einer Selbstmedikation bei unzureichend oder unbehandelter psychischer Grunderkrankung ist. Nachgewiesen ist jedoch, dass ein signifikanter Anteil jugendlicher Raucher psychiatrische Komorbiditäten aufweist (U.S. Department of Health and Human Services, 2012, S. 27), woraus zumindest ersichtlich wird, dass der Nikotinabusus Störungen des psychischen Befindens nicht günstig

beeinflusst. MiMü sind entsprechend der o.g. Ausführungen schließlich als eine Hochrisikopopulation für die negativen Folgen von Nikotinabusus in Kindheit/Jugend einzustufen.

Auch in Hinblick auf den ***Drogenkonsum während der Schwangerschaft*** zeigt sich, dass er bei MiMü signifikanter häufiger als bei VoMü vorkommt. Damit werden zahlreiche internationale Studien bestätigt. Hierzu zählen beispielsweise die Studienergebnisse von Salas-Wright et al. (2015). In ihrer Querschnittstudie an 97.850 gesunden Probandinnen im Alter von 12-17 Jahren untersuchte sie den Drogenkonsum (Alkohol, Cannabis, „harte Drogen“) schwangerer und nicht-schwangerer Teenager und wiesen eine deutlich höhere Prävalenz für Drogenkonsum bei MiMü im Vergleich zu nicht-schwangeren Minderjährigen nach. Auch Bottorff et al. (2014) beschreiben in ihrer Metaanalyse zum Nikotin- und Alkoholabusus bei minderjährigen Schwangeren aus dem Vereinigten Königreich, dass sich bei ihnen mit 61% eine deutlich erhöhte Prävalenz für Nikotinkonsum in der Schwangerschaft zeigt. In einer neuseeländischen Längsschnittstudie (Fergusson et al., 1998) wird eine Assoziation des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft mit zahlreichen psychosozialen Risikofaktoren für Mutter und Kind (z.B. niedriger sozioökonomischer Status, Verhaltensauffälligkeiten der Mutter, dysfunktionales familiäres Umfeld) beschrieben. Mögliche Ursachen für den höheren Drogenabusus von MiMü in der Schwangerschaft sind vielfältig und reichen von einer ungeplanten Schwangerschaft mit fortgesetztem Suchtmittelkonsum bei nicht bemerkter oder unerwünschter Schwangerschaft, über eine negative Copingstrategie in Form von Selbstmedikation, etwa bei stressreich erlebter Schwangerschaft, hin zu ungenügender Bildung hinsichtlich der schädigenden Wirkung von Drogen in der Schwangerschaft. Veigel-Maruschke (2015) beschreibt, dass sich zwar sowohl bei MiMü als auch bei VoMü der Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft reduziert, jedoch bei MiMü im Vergleich zu VoMü signifikant erhöht bleibt. Sie führt dies u.a. auf eine noch nicht ausgereifte Persönlichkeitsstruktur zurück, die ein erhöhtes Maß an Risikoverhalten und Naivität aufweist (Veigel-Maruschke, 2015, S. 76). Eine weitere Erklärung ist, dass der Konsum von Suchtmitteln im Umfeld der MiMü weiterverbreitet ist und eine höhere Akzeptanz hat, als dies im Umfeld der VoMü der Fall ist. Es wäre dann auch plausibel, dass MiMü den Suchtmittelkonsum auch nach der Schwangerschaft fortsetzen und damit eine Risikogruppe für einen anhaltenden Substanzabusus darstellen. Arbeiten um die Studiengruppe De Genna et al. (2015, 2009) haben den Substanzabusus (Nikotin, Cannabis, Alkohol) minderjähriger Erstgebärender im Rahmen einer Quer- (2015) und Längsschnittstudie (2009) untersucht. Es zeigten sich bei diesen Frauen nicht nur während der Adoleszenz, sondern auch 10 Jahre nach der Teenagerschwangerschaft überdurchschnittliche Konsumangaben für alle Substanzen. Der dauerhafte Substanzabusus hat durch seine Assoziation mit physischen und psychischen Folgeerkrankungen bei Mutter und/oder Kind,

wie Leberzirrhose, Encephalitis, erhöhter Unfallgefahr unter Drogeneinfluss, Straffälligkeit, Gewalterlebnisse u.v.m. besonders negative Folgen für die Betroffenen (Kuntz et al., 2015; Bottorff et al. 2014; Krenek & Maisto, 2013, Herold, 2010; Van der Laan, 2010). MiMü sind entsprechend unserer Ergebnisse und in Zusammenschau der Angaben aus der internationalen Literatur als eine Risikopopulation für den dauerhaften Substanzabusus und dessen o.g. negative Folgen einzustufen.

Unsere Ergebnisse bestätigen Ergebnisse aus der internationalen Literatur, nach denen MiMü ***schlechtere akademische Leistungen*** hervorbringen als ihre Peers (Collins, 2010; Van der Laan et al., 2010; Henretta et al., 2008; Hannemann, 2007; Bonell et al., 2005; Araj et al., 2003; Hanna, 2001 I+II, Musick, 1993). In dieser Studie wird speziell nach schlechten Schulleistungen und nicht nach erreichten akademischen Abschlüssen gefragt, da viele MiMü sich zum Interviewzeitpunkt noch in der Ausbildung befanden und damit ihren angestrebten, höheren Bildungsabschluss noch nicht erreichen konnten. Dass unsere MiMü zum Interviewzeitpunkt insgesamt einen niedrigeren Bildungsabschluss als VoMü aufweisen, hat Moll (2013) bereits in ihrer Arbeit nachgewiesen, die ebenfalls Teil des Projekts „Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft“ ist. Einige qualitative Studien (Araj, 2003; Hanna, 2001, I+II, Musick, 1993) geben ein erhöhtes Auftreten von Teenagerschwangerschaften bei beruflich empfundener Perspektivlosigkeit an. Die Längsschnittstudie von Bonell et al. (2005) beschreibt für Mädchen, die nicht gerne zur Schule gehen ein höheres Risiko für das Auftreten einer Schwangerschaft während der schulpflichtigen Jahre. Krebs-Remberg (2005) schildern eine Schwangerschaft für einige Teenager als reizvolle Alternative zum Schulbesuch. Die Schwangerschaft wird hier als Flucht vor den Problemen in der Schule gewertet und mag als Ausdruck maladaptiven Copings gesehen werden. Einen Hinweis darauf, dass bei Mädchen mit schlechten Schulleistungen problematische Stressbewältigungsstrategien vorliegen könnten, geben Salas et al. (2015). Sie beschreiben, dass Mädchen mit schlechten Schulleistungen bzw. geringer Schulmotivation deutlich häufiger Drogen konsumieren als ihre Vergleichsgruppe (Salas et al., 2015). Zusammenfassend ergibt sich hier, wie bereits in der Arbeit von Moll (2013) als Fazit: *„[...] Ein Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsstand sowohl als Ursache für eine sehr frühe Mutterschaft als auch als Folge von dieser erscheint nur logisch. Die niedrige Schulbildung kann Ursache der Teenage-Schwangerschaft sein, wenn geringe schulische oder berufliche Zukunftserwartungen die frühe Mutterschaft zu einer Zukunftsperspektive werden lassen oder wenn eine niedrige Schulbildung mit Wissensdefiziten bezüglich adäquater Verhütungsmethoden zusammenhängt und es dadurch zu einer ungeplanten Schwangerschaft kommt [...]“* (Moll, 2013, S. 66).

Aus unseren Ergebnissen ergibt sich insgesamt, dass MiMü sowohl kumulativ, als auch in allen untersuchten Lebensbereichen (Person, Familie, Soziales) eine signifikant höhere



Risikofaktorenbelastung aufweisen (Van der Laan et al., 2010; Henretta et al., 2008; Friedrich et al., 2005; Woodward et al., 2001; Musick, 1993). Da mit einer erhöhten Risikofaktorenbelastung auch ein erhöhtes Stresspotential assoziiert ist (Spicer et al., 2013), ergibt sich die Frage nach den Stressbewältigungsstrategien der MiMü. Lepore & Evans (1996) schreiben auf diese Frage bezogen, dass es weniger auf die Risikofaktorenbelastung allein, als vielmehr auf ihr Zusammenspiel mit Bewältigungsstrategien ankommt. Das wiederum führt zu der Frage, ob der negative Einfluss der Risikofaktoren auf das psychische Befinden kompensiert werden kann, etwa durch das Vorliegen von Schutzfaktoren (s. unter 4.2) oder bestimmte Copingstrategien (s. unter 4.3). Sofern keine offensichtliche Kompensation dieser Risikofaktoren zu erkennen ist, ist zu erwarten, dass die Gruppe minderjähriger Erstgebärender vermehrt unter Störungen des psychischen Befindens leidet (s. unter 4.4).

## **4.2 Diskussion der Schutzfaktorenverteilung in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes**

### **H.2 Minderjährige Mütter weisen in geringerem Maße als volljährige Mütter personelle, familiäre und soziale Schutzfaktoren auf. ✓**

H.2.1 MiMü weisen eine geringere Schutzfaktorenkumulation auf als VoMü. ✓

H.2.2 MiMü bestreiten ihr Einkommen seltener aus eigenem Verdienst als VoMü. ✓

H.2.3 MiMü sind seltener als VoMü Erstgeborene. ✓

H.2.4 MiMü kommen seltener als VoMü aus einer intakten Ursprungsfamilie. ✓

H.2.5 MiMü weisen seltener als VoMü gute Schulleistungen (Noten 1+2) auf. ✓

H.2.6 MiMü haben seltener enge Freundschaftsbeziehungen als VoMü. ✕

H.2.7 MiMü leben seltener als VoMü oberhalb der Armutsgrenze. ✓

Eine **Kumulation von Schutzfaktoren** reduziert das Risikopotenzial negativer Einflussfaktoren (Van der Laan, 2010; Wille et al., 2008; Fergus & Zimmermann, 2005). MiMü, für die bereits eine signifikant höhere Risikofaktorenbelastung im Vergleich zu den VoMü festgestellt wurde, weisen nun auch in Bezug auf Schutzfaktoren eine deutlich nachteiligere Situation auf als VoMü. Das führt zu der Frage, ob es MiMü bei einem objektiv vorliegenden und in seinem Ausmaß alle Bereiche (d.h. persönliche, familiäre und soziale Schutzfaktoren) betreffenden Mangel an Schutzfaktoren möglich ist, Ressourcen zu entwickeln, die sie zur Meisterung der Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz und Mutterschaft befähigen.

Für den Schutzfaktor ***eigener Verdienst*** wird insbesondere ein geringeres Auftreten emotionaler Störungen beschrieben (Cremieux et al., 2004). Mit der Berufstätigkeit wird das Erlernen neuer Fähigkeiten und das Erleben der eigenen Kompetenz assoziiert, die positive Auswirkung auf die psychische Gesundheit haben (Bancroft, 2004). Evans and Repper (2000) beschreiben in ihrer Metaanalyse einen Zusammenhang zwischen der Berufstätigkeit und sozialer Teilhabe, psychischer Gesundheit sowie einer erhöhten Lebensqualität. Laut Hayton (20002) ist dieser positive Effekt eines eigenen Verdienstes auf das psychische Befinden darauf zurückzuführen, dass sie den sozioökonomischen Status erhöht, soziale Kontakte mehrt und das Selbstwertgefühl steigert. Für Personen, denen der Statuswechsel von der Abhängigkeit von Transferleistungen zur eigenen Arbeitstätigkeit gelingt, wird in der eigenen Werkstätigkeit sogar ein Indikator für das Vorliegen für Resilienz gesehen (Collins, 2010; Bancroft, 2004). Konkret wird mit einem solchen Statuswechsel in die Berufstätigkeit das Vorliegen von Resilienz fördernden Persönlichkeitseigenschaften wie Selbstbewusstsein, Beharrlichkeit und Verlässlichkeit verbunden. Allerdings ist nur etwa ein Drittel unserer MiMü berufstätig (s. unter 8.6.2). Damit ist die Mehrheit der VoMü nicht in der Lage, die mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Ressourcen zu nutzen und darüber im Sinne des Diathese-Stress-Modells (s. Abbildung III & IV) ihre Vulnerabilität zu reduzieren. Es wird daher erwartet, dass sich bei ihnen im Vergleich zu VoMü vermehrt psychische Belastungen nachweisen lassen werden (siehe hierzu unter 4.4).

Der Schutzfaktor ***erstgeborenes Kind*** ist bei MiMü deutlich seltener anzutreffen als bei VoMü. Interessanterweise wird dieser Schutzfaktor in der Literatur kontrovers diskutiert. Bengel et al. widmen dieser Kontroverse in „*Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen - Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*“ ein eigenes Kapitel (Bengel et al., 2009). In diesem zitieren sie Sulloway, nach dessen Angaben Familien ihre Erstgeborenen als „[...] *disziplinierter, härter arbeitend, erfolgsorientierter und intelligenter* [...]“ einschätzen (Sulloway, 1996 und 2007, zitiert bei Bengel et al., 2009, S. 61). Es wird dort auch eine Studie von Sheblonski et al. (2005) zitiert, die einen Zusammenhang zwischen dem Status „*erstgeborenes Kind*“ und einem hohen Selbstwertgefühl nachweist (Sheblonski et al., 2005, zitiert bei Bengel et al., 2009). Bengel et al. führen jedoch ebenfalls Studien auf, die für diesen Schutzfaktor einen negativen Effekt beschreiben (Stöhr et al., 2000, zitiert bei Bengel et al. 2009). Dieser negative Effekt soll sich demnach durch das Potenzial für „[...] *Eifersucht, Rivalitätsgefühle und Angst vor Liebesentzug* [...]“ (Bengel et al., 2009, S. 61) nach der Geburt eines Geschwisterkindes in einer Verhaltensauffälligkeit des Erstgeborenen ausdrücken. Insgesamt ziehen Bengel et al. als Fazit, dass der Faktor „*erstgeborenes Kind*“ nicht als protektiver zu werten sei. Für unsere Arbeit gilt zwar, dass MiMü seltener Erstgeborene sind als VoMü, allerdings erwarten wir in Hinblick auf die kontroverse Studienlage (s.o.) nicht, dass sich das Fehlen dieses Schutzfaktors für MiMü besonders

nachteilig auswirkt. Um diese Aussage zu prüfen, sei auf die Ergebnisse der Varianzanalysen (s. unter 8.9) verwiesen. Der Grund weswegen dieser „*Schutzfaktor*“ überhaupt in diese Studie eingeschlossen wurde, liegt darin, dass er als einziger Schutzfaktor, neben dem Schutzfaktor „*weibliches Geschlecht*“, der für beide Untersuchungsgruppen gleichermaßen zutrifft, einen fixen Schutzfaktor darstellt. Da in dieser Studie ein mehrdimensionaler Ansatz mit Auflistung fixer und variabler Schutzfaktoren, sowie Schutzfaktoren aus verschiedenen Lebensbereichen verfolgt wird, wurde der Schutzfaktor „*erstgeborenes Kind*“ trotz seiner Unzulänglichkeiten in diese Studie mit aufgenommen.

Studien, die beschreiben, dass MiMü seltener aus einer *intakten Ursprungsfamilie* stammen (Anderson & Pierce, 2015; Ngum Chi Watts, 2015; Henretta, 2008; Coley & Chase-Landsdale, 1998; Musick, 1993) wurden bereits diskutiert (s. unter H.1.2). Die protektiven Effekte (Schutz vor Drogenabusus, erfolgreiches Coping, geringere Rate an psychischen Auffälligkeiten, positive Selbstwahrnehmung, etc.), die ein intaktes Elternhaus auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen hat (Collins et al., 2010; Bengel et al., 2009; Ferguson & Zimmermann, 2005) können MiMü damit signifikant seltener für sich geltend machen. Allerdings heißt das nicht, dass keine liebevollen und stabilen Beziehungen zu beiden Elternteilen, einem Elternteil oder anderen wichtigen Bezugspersonen vorliegen. Diese können über die Ausbildung stabiler Bindungen ebenfalls o.g. protektive Effekte induzieren (Bengel et al., 2009).

*Gute Schulleistungen* werden als Schutzfaktor bezeichnet, der mehr ist, als nur das Gegenteil des Risikofaktors „*schlechte Schulleistungen*“. Für den Schutzfaktor „*gute Schulleistungen*“ ist ein unabhängig vorliegender Puffereffekt nachgewiesen, der das Risiko für Substanzabusus reduziert und die Wahrscheinlichkeit für höhere Bildungsabschlüsse und einen höheren sozioökonomischen Status erhöht (Collins, 2010; Bengel et al., 2009; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009; Fergus & Zimmermann, 2005). In unserer Studie erreichen ca. 40% der MiMü im Vergleich zu ca. 70% der VoMü gute Schulleistungen. Damit kann der überwiegende Anteil minderjähriger Erstgebärender die o.g. positiven Effekte guter Schulleistungen nicht für sich in Anspruch nehmen. Da sich in den Ergebnissen zur Risikofaktorenbelastungen ein erhöhtes Vorkommen von Nikotinabusus, Drogenkonsum, schlechten Schulleistungen sowie eine vermehrte Abhängigkeit von Transferleistungen gezeigt hat, wird angenommen, dass die negativen Effekte dieser Risikofaktoren durch das Fehlen der positiven Auswirkungen von guten Schulleistungen, sich in einer Mehrbelastung des psychischen Befindens ausdrücken (s. unter 4.4).

Über 80% der MiMü und VoMü geben an, dass sie *enge Freunde* haben. Für positive Freundschaftsbeziehungen wird angenommen, dass sie zur Entwicklung sozialer Ressourcen beitragen (Collins, 2010; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009; Fergus & Zimmermann, 2005). Für MiMü ist konkret beschrieben, dass das Vorliegen enger

Freundschaftsbeziehungen in Form eines unterstützenden Netzwerks (z.B. Übernahme von Kinderbetreuung, gedanklicher Austausch) das Erreichen höherer Ausbildungsziele fördert (Hanna, 2001, I). Bengel et al. (2009) stellen in ihrer Übersichtsarbeit verschiedene Studien vor, die als Erfolge enger Freundschaftsbeziehungen eine geringere Rate von Aggressivität, Ängstlichkeit und Internalisierungsstörungen generell, sowie höhere Angaben zu psychischem Wohlbefinden und prosozialem Verhalten angeben. Allerdings weisen Bengel et al. (2009) auch auf Studien hin, die beschreiben, dass „[...] Kontakte zu Jugendlichen, die nicht prosozial ausgerichtet sind auch vulnerabilisierende Effekte haben können [...]“ (Bender & Lösel, 1997; Masten & Coatsworth, 1998; zitiert bei Bengel et al., 2009, S 111). Diese negative Wirkung beschreiben auch Erhart et al. (2007). Sie sind mit ihrer Arbeit Teil der KiGGS Studiengemeinschaft und wiesen für Kinder und Jugendliche nach, dass ausgeprägte Kontakte zu Gleichaltrigen eher mit Alkohol und Zigarettenkonsum assoziiert sind. Hinzu kommt, dass für Kinder und Jugendliche beschrieben ist, dass sie sich tendenziell Freunde suchen, die ihnen gleichen. Vor allem für vulnerable Kinder und Jugendliche mit hohem Risikoprofil können sich Freundschaften dadurch auch negativ auswirken (Bender und Lösel, zitiert bei Bengel et al., 2009). In unserer Arbeit wird die Qualität von Freundschaftsbeziehungen nur indirekt eruiert, indem zum einen nach dem Bestehen enger Freundschaften und zum anderen die Zufriedenheit mit Freundschaften abgefragt werden. Dass positive Freundschaftsbeziehungen nicht mit einer Zufriedenheit mit dem sozialen Umfeld gleichzusetzen sind, zeigt die unserem Projekt zuzuordnende Arbeit von Moll (2013). Sie beschreibt, dass unsere MiMü mit ihrem sozialen Umfeld eher unzufrieden sind. Dies könnte als ein Zeichen für das Vorliegen von Resilienz bei unseren MiMü gewertet werden. Sie befinden sich in einer Umwelt, die von zahlreichen Risikofaktoren geprägt ist, schaffen es aber in diesem Umfeld enge Freundschaftsbeziehungen aufzubauen, mit denen sie darüber überdurchschnittlich zufrieden sind (vgl. 8.7.1). Entsprechend der Theorie, dass sich Freundschaften unter ähnlich strukturierten Personen ausbilden (Bender und Lösel, zitiert bei Bengel et al., 2009), könnte dies hier positiv zu werten sein. Es könnte ein Hinweis auf das Vorliegen einer Art „Insel der Resilienten“ geben, die das psychische Befinden positiv beeinflusst und die Auftretenswahrscheinlichkeit psychischer Störungen reduziert. Inwiefern das Vorliegen enger Freundschaften, die bei MiMü bestehende Risikofaktorenbelastung puffern kann, bleibt jedoch fraglich.

Schließlich leben MiMü auch deutlich häufiger als VoMü in Armut. Den protektiven Effekt, den das **Fehlen von Armut** gegenüber Alkohol- und Cannabiskonsum sowie delinquentem und gewalttätigem Verhalten in der Adoleszenz hat (Fergus & Zimmermann, 2005), können MiMü in unserer Studie damit deutlich seltener für sich geltend machen als VoMü.

Insgesamt zeigen unsere bisherigen Ergebnisse, dass MiMü in signifikantem Unterschied zu VoMü vermehrt Risikofaktoren und vermindert Schutzfaktoren aufweisen. Dadurch, dass die

Risikofaktorenbelastung und das Fehlen von Schutzfaktoren alle untersuchten Lebensbereiche (personell, familiär, sozial) betreffen, wird erwartet, dass Angaben zur psychischen Belastung bei MiMü signifikant höher liegen als bei VoMü (s. unter 4.4).

### **4.3 Diskussion habitueller Stressverarbeitungsstile in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes**

#### **H.3 Minderjährige Mütter weisen gegenüber volljährigen Müttern Unterschiede hinsichtlich der Anwendung habitueller Stressverarbeitungsstile auf. ✓**

Da sich, wie einleitend unter 1.3.5 dargelegt, keine Literaturangaben zu habituellem Coping bei MiMü finden ließen, fußen diese und die folgenden „Unterhypothesen“ auf Literaturangaben zur Stressverarbeitung bei psychisch auffälligen (z.B. Pozzi et al., 2015; Robilotta et al., 2010) und psychisch gesunden (z.B. Zhang et al., 2014) Personenkollektiven, sowie heterogenen Studienkollektiven bei Metaanalysen (Garcia, 2010; Skinner et al., 2003; Penley et al., 2002), in denen das Alter der Studienteilnehmer nicht berücksichtigt wurde.

##### **H.3.1 MiMü wenden häufiger emotionsbasierte Stressverarbeitungsstile an als VoMü. ✓**

Es wird in der Literatur davon ausgegangen, dass eine emotionsbasierte Stressbewältigung vor allem dann zum Einsatz kommt, wenn unzureichende Ressourcen zur Stressorenbeseitigung bestehen (Penley et al., 2002; Boekaerts et al. 1995). Dass MiMü einen Mangel an Ressourcen aufweisen, haben unsere Berechnungen bereits gezeigt (s. unter 3.1 und 3.2).

Eine Erklärung dafür, dass ein Mangel an Ressourcen emotionszentriertes Coping begünstigt, könnte darin liegen, dass MiMü aus ihrem Umfeld weniger Hilfsangebote extrahieren können, sich selbst nicht zutrauen den Stressor zu bekämpfen oder durch die Akkumulation von Risikofaktoren in einer Situation sind, in der sie vorhandene Ressourcen bereits aufgebraucht haben. Dass emotionszentriertes Coping nicht per se als negativ einzustufen ist, zeigt folgendes Beispiel: Kann sich eine MiMü z.B. die Kosten für einen Familienurlaub nicht leisten, kann sie mit Selbstmitleid reagieren, dass sie nicht mehr Geld zur Verfügung hat oder das Stresspotential eines gescheiterten Familienurlaubs herunterspielen, indem sie sich etwa sagt, dass es zuhause auch schön sei. Beides sind emotionsbasierte Stressverarbeitungsstile, aber ihnen werden von Janke et al. (1997) im ersten Fall eine negative und im zweiten Fall eine positive Wirkung zugeschrieben (vgl. Tabelle 3).

Das MiMü im Vergleich zu VoMü vermehrt emotionsbasiertes Coping betreiben, könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass für Coping teilweise auch eine Altersabhängigkeit postuliert wird (Penley et al., 2002). Penley et al. schlossen Studien mit Teilnehmern unter 18 Jahren aus ihrer Metaanalyse aus, weil sie befürchteten, dass diese Personen ein geringeres bzw. weniger flexibles Coping Repertoire aufweisen würden, als erwachsene Studienteilnehmer. Sie befürchteten konkret, dass die minderjährigen Studienteilnehmer eher emotionszentrierte

als problemorientierte Stressbewältigungsstrategien als Zeichen einer allgemeinen Unreife anwenden würden (Penley et al., 2002). Demzufolge könnte argumentiert werden, dass MiMü sich zwar im Vergleich zu VoMü vermehrt emotionsbasierten Copingstilen zuwenden, diese Unterschiede aber weniger auf den Status als minderjährige Erstgebärende zurückzuführen sind. Sondern vielmehr auf die Minderjährigkeit an sich. Hieraus wäre dann zu folgern, dass sich MiMü in Bezug auf ihr emotionsbasiertes, vermeidendes und allgemein als unreif einzustufendes Copingverhalten durchaus alterskonform verhalten. Eine solche Argumentation wird allerdings dadurch erschwert, dass zwar einige der MiMü zum Interviewzeitpunkt noch minderjährig waren, ihr Durchschnittsalter zu diesem Zeitpunkt aber bei 21 Jahren ( $SD = 4,05$  Jahre) lag. Der Großteil der MiMü lag somit zum Interviewzeitpunkt über dem von Penley et al. (2002) festgesetzten „*cut-off Alter*“ von 18 Jahren. Für unsere Ergebnisse ergibt sich daraus, dass die gefundenen Unterschiede eher auf den Status der Frau als minderjährige Erstgebärende zurückzuführen sein sollten und nicht auf ihr Alter zum Interviewzeitpunkt.

Schneider (2009) und Lazarus (2006) beschrieben für angewandte Copingstile auch weniger eine Altersspezifität, sondern vielmehr eine Personenspezifität. Das von einer Person angewandte Coping wird demnach neben Persönlichkeitseigenschaften u.a. auch durch das soziale Umfeld beeinflusst (Lazarus, 2006). Somit ist aber ebenfalls anzunehmen, dass Personen mit einem ähnlichen sozialen Umfeld auch ähnliche Copingstrategien aufweisen. Für unsere Arbeit ist dies insofern relevant, als dass damit für MiMü und VoMü jeweils eine Art „*Kohorten- Coping*“ angenommen werden kann., welches zwischen den zwei Gruppen recht unterschiedlich, aber innerhalb der jeweiligen Gruppe ähnlich ist.

Hinzu kommt, dass für Coping ein Lernprozess anzunehmen ist. Hierfür spricht die Altershypothese. Im besten Fall wendet man mit zunehmendem Alter Copingstile an, die sich bewährt haben. Angesichts der in der Literatur genannten Einflussfaktoren von sozialem Umfeld, Persönlichkeitseigenschaften etc., ist jedoch nicht anzunehmen, dass sich mit zunehmendem Alter als „*reif*“ klassifizierte Copingstile sozusagen „*automatisch*“ ausbilden. Es ist eher davon auszugehen, dass das Umfeld einen großen Anteil an angewandtem Coping hat, indem es habituelles Coping gewissermaßen vorlebt und von MiMü bzw. VoMü anschließend entsprechend angewandt wird. Daraus folgt dann aber auch, dass wenn das Umfeld wenig „*reifes*“ Coping betreibt, auch die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, dass unabhängig vom Alter wenig reife Copingstile gelernt und angewandt werden. Damit schließt sich der Kreis wieder zum Ressourcenmangel und seiner Assoziation mit emotionszentriertem Coping. Ein Ressourcenmangel wird in der internationalen Literatur (Ngum Chi Watts et al., 2015; Aldwin, 2007; Black et al., 2002; Ravens-Sieberger et al., 2002) mit einem erhöhten Risiko assoziiert, dass die an eine Person gestellten Entwicklungsaufgaben nicht adäquat gemeistert werden und sich dadurch die Gefahr für das Eintreten einer psychischen

Erkrankung erhöht. Wenn ein Ressourcenmangel einerseits einen Zusammenhang zu psychischen Erkrankungen aufweist (Ngum Chi Watts et al., 2015; Aldwin, 2007; Black et al., 2002; Ravens-Sieberer et al., 2002) und andererseits mit emotionszentriertem Coping assoziiert ist (Penley et al., 2002; Boekaerts et al. 1995), ist es plausibel, dass emotionszentriertes Coping ebenfalls einen negativen Effekt auf das psychische Befinde haben könnte. Hierauf wird in der Diskussion der Korrelationsberechnungen unter 4.5 eingegangen.

### H.3.2 MiMü wenden seltener problemorientierte Stressverarbeitungsstile an als VoMü. ✗

Es wurde unter der Diskussion der Hypothese 3.1 bereits auf die fragliche Altersfunktion von Coping hingewiesen. Selbst wenn die Gruppe der MiMü mit einem Durchschnittsalter von 21 Jahren zumindest kein gänzlich „unreifes“ Coping Repertoire mehr aufweisen sollte, sollten „reifere“ und damit problemzentrierte Copingstile nach Boekaerts (1995) und Penley et al. (2002) in der Gruppe der MiMü dennoch weniger wahrscheinlich sein, weil sie zum Interviewzeitpunkt ca. 10 Jahre jünger waren als VoMü (Durchschnittsalter - MiMü: 21 Jahre; VoMü: 31 Jahre). Wenn Coping eine Funktion des Alters ist und Personen mit zunehmendem Alter reifere Copingstrategien anwenden, so müsste sich für die Gruppe der VoMü im Vergleich zu den MiMü vermehrt problemorientiertes Coping nachweisen lassen. Es zeigen sich aber weder in den einzelnen, problemzentriertem Coping zuzuordnenden Subtests (*Situationskontrolle, Reaktionskontrolle und positive Selbstinduktion*), noch in ihrer Zusammenfassung zum Sekundärtest Pos III signifikante Gruppenunterschiede. Folglich hat ein höheres Alter für das Vorliegen problemzentrierter Stressverarbeitung in dieser Arbeit keine übergeordnete Bedeutung. Dieses Ergebnis wird auch durch einige internationale Studien bestätigt (Schneider, 2009; Strack & Feifel, 1995). Strack & Feifel (1995) weisen in ihrer Metaanalyse keine besseren oder schlechteren Bewältigungsstrategien mit zunehmendem Alter nach. Den positiven Einfluss auf das psychische Befinden, der vielfach für die Anwendung problemzentrierten Copings beschrieben wird (Pozzi et al., 2015; Soucy Chartier et al., 2011; Robilotta et al., 2010; Lazarus & Folkman, 1984), können somit beide Gruppen gleichermaßen für sich geltend machen.

### H.3.3 MiMü wenden häufiger negative Stressverarbeitungsstile an als VoMü. ✓

Unsere Ergebnisse zeigen, dass minderjährige Mütter nicht generalisiert vermehrt negative Stressverarbeitungsstile anwenden als VoMü, sondern in Belastungssituation habituell auf ganz spezielle negative Stressverarbeitungsstile zurückgreifen. Zu den Gemeinsamkeiten negativer Copingstile gehört, dass sie über gescheiterte Stressbewältigung zu Störungen der psychischen Befindlichkeit führen (Pozzi et al., 2015; Zhang et al., 2014; Krennek & Maisto, 2013). Interessant ist, dass sich für den Subtest Pharmakaeinnahme deutliche Gruppenunterschiede zu Ungunsten der MiMü zeigen. Bereits bei den Gruppenvergleichen zu den Risikofaktoren „*Nikotinabusus in Kindheit/Jugend*“ und „*Drogenabusus während der*

*Schwangerschaft*“ haben sich MiMü als signifikant stärker belastet erwiesen (s. unter 4.1). Dies steht im Einklang mit den Studienergebnissen von Salas-Wright et al. (2015), Bottorff et al., (2014) und De Genna et al. (2009), die einen vermehrten Substanzmissbrauch bei minderjährigen Müttern beschreiben. Besonders kritisch ist dabei, dass mit zunehmender Dauer des Substanzabusus ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere für Suchterkrankungen und Depressionen besteht (Lampert & Kuntz, 2014; De Genna et al., 2015 & 2009). Dass MiMü zum Interview, das im Mittel 5 Jahre nach Geburt des ersten Kindes stattfand, neben einem vermehrten Nikotinkonsum in Kindheit/Jugend und vermehrtem Drogenkonsum in der Schwangerschaft, auch noch vermehrt auf Pharmakaeinnahme als habituelle Coping Strategie zurückgreifen, verstärkt den Eindruck, dass MiMü eine Risikopopulation für den fortgesetzten Substanzabusus darstellen und damit ein erhöhtes Risiko für Störungen des psychischen Befindens aufweisen. Robilotta et al. (2013) beschreiben in ihrer längsschnittlichen Kohortenstudie an psychisch schwer kranken Personen, dass Substanzabusus als Copingstrategie zu einer massiven Beeinträchtigung der psychischen Stabilität und gestörtem Eingliedern in das soziale Gefüge führt. Zwar wurde bei unseren MiMü bis auf wenige Ausnahmen keine psychische Krankheit diagnostiziert (s. Anhang unter 8.6.1), allerdings ist anzunehmen, dass sich die Anwendung maladaptiver Copingstrategien bereits ohne diagnostizierte psychische Grunderkrankung negativ auf die psychische Befindlichkeit auswirkt. Um diese Annahme zu überprüfen, haben wir Korrelationsberechnungen zwischen dem SVF-120 und den in dieser Arbeit untersuchten Determinanten des psychischen Befindens (Zufriedenheitsindices, BSI, PSSI) durchgeführt (siehe 3.6), die unter 4.5 diskutiert werden.

Für emotionszentriertes, maladaptives Coping, worunter sich die Stressbewältigungsstile Resignation und Selbstbemitleidung zweifellos einordnen lassen (vgl. Tabelle 3), sind Assoziationen zu höheren Angaben von Ängstlichkeit und Depression beschrieben (Pozzi et al., 2015). Diese Copingstile werden von MiMü im Vergleich zu VoMü signifikant häufiger angewandt. Eine Assoziation der minderjährigen Mutterschaft mit depressiven Affektstörungen ist in der Literatur vielfach beschrieben (Tzilos et al., 2012; Gavin et al., 2011; Gaines Lanzi et al., 2009; Henrietta et al., 2008; Figueiredo et al., 2007). Ob sich in unserer Studie eine Assoziation zwischen maladaptivem Coping und depressiver Symptomatik zeigt, wird im Rahmen der Korrelationsberechnungen untersucht, auf die an dieser Stelle erneut verwiesen wird (s. unter 4.5). Eine Erklärung dafür, warum MiMü vermehrt emotionszentriertes maladaptives Coping anwenden, mag ebenfalls im Zusammenhang mit dem bereits unter 4.2 diskutierten Ressourcenmangel auf Seiten der MiMü stehen. In Bezug auf die Copingstile Resignation und Selbstbemitleidung sei an dieser Stelle noch ergänzt, dass sich aus ihnen eine empfundene Hilflosigkeit ableiten lässt. Der SVF-120 erfasst habituelle Stressverarbeitungsstile und so darf angenommen werden, dass



MiMü nicht nur zum Interviewtermin ein passageres Gefühl der Hilflosigkeit erleben, sondern sich, wenn nicht generell, so doch aber signifikant häufiger als VoMü in einer Lage befinden, von der sie den Eindruck haben, dass sie sich nicht selbstständig aus ihr befreien können. Dass sich aus solchen Situationen heraus das Risiko für depressive Symptome und Angststörungen erhöht, ist plausibel.

Es ist für die Ergebnisse der Gruppenvergleiche der SVF-120 Subskalen allerdings hervorzuheben, dass die Mittelwerte beider Studiengruppen allesamt im Bereich der Normalverteilung liegen, selbst wenn sich signifikante Unterschiede zeigen. Eine Überlegung ist, dass möglicherweise ein Antwortmuster im Sinne sozialer Erwünschtheit vorliegt. Das bedeutet, dass die jeweiligen Untersuchungsgruppen ihr Antwortverhalten auf gesellschaftlich geltende Standards anpassen, d.h. in diesem Falle weniger extreme und unter Umständen nicht ganz wahrheitsgemäße Angaben machen. Dass Selbstbeurteilungsinstrumente von solchen Faktoren beeinflusst werden belegen beispielsweise Arbeiten von Stone et al. (1998) und Todd (2004). Dies als einzigen Grund für die signifikanten Unterschiede zwischen MiMü und VoMü anzunehmen, erscheint jedoch ungenügend. Eine weitere Erklärung ist, dass es bei unserer Stichprobe, aufgrund eines in der Standardisierungsstichprobe unberücksichtigten regionalen Faktors möglicherweise zu einer Linksverschiebung der Mittelwerte gekommen sein könnte. Der SVF ist für eine so heterogene Gruppe von Frauen, wie sie in der hier vorliegenden Arbeit existiert, nicht standardisiert und so musste sich mit einer, der Stichprobe dieser Arbeit am nächsten kommenden Standardisierungsstichprobe zufriedengegeben werden (*SVF Standardisierungsstichprobe: Frauen im Alter von 20 - 34J., ST 120: N=104;STW 95; Janke et al., 1997*). Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass es für die Messung von Stressverarbeitungsstilen bei Gruppen, die sowohl minderjährige als auch volljährige Probandinnen einschließen bislang kein Selbstbeurteilungsinstrument gibt, welches diese Kriterien erfüllt. Außerdem hat sich in der internationalen Literatur bislang kein Fragebogen als Goldstandard für die Ermittlung angewandter Copingstile durchgesetzt (Garcia, 2010; Compas, 2009; Compas et al., 2004), was nicht weiter verwundert, wenn hinsichtlich der Charakteristika von Coping noch Uneinigkeit besteht. Angesichts des Vorkommens von bis zu 400 Coping Subtypen (Skinner et al., 2003), bleibt es in der vorliegenden Arbeit nicht aus, dass in den hier zitierten Arbeiten Aussagen über Copingstile miteinander verglichen werden, die über verschiedene Fragebögen generiert wurden. Da die jeweiligen Copingskalen aber je nach Fragebogen mitunter unterschiedlich definiert sind, lassen sie sich auch nur näherungsweise vergleichen.

Ein weiterer kritischer Punkt ist der, dass ProbandInnen für die Standardisierung des SVF in Würzburg und Düsseldorf rekrutiert wurden, womit Ostdeutsche ProbandInnen im SVF nicht repräsentiert sind. Es ist plausibel, dass ostdeutsche Stichproben ein anderes Antwortverhalten als westdeutsche Stichproben zeigen und unsere Ergebnisse durch Anwenden einer

inadäquaten Auswertungsschablone möglicherweise verzerrt wurden. Dies scheinen auch Janke et al. (1997) für wahrscheinlich zu halten, da sie mit der Stichprobe „STO95“ (Janke et al., 1997, S.8) an einer Anpassung der Standardisierungsuntersuchung für neue Bundesländer arbeiten. Zum Zeitpunkt der Fragebogenauswertung lagen uns diesbezügliche Ergebnisse jedoch nicht vor. Insgesamt hat der SVF gegenüber anderen Selbstbeurteilungsinstrumenten den Vorteil, dass er zumindest für ein deutsches Patientenkollektiv und viele verschiedene Probandengruppen standardisiert ist und darüber hinaus eine hohe Reliabilität und Validität aufweist (Janke et al., 1997). Aus diesen Gründen wurde er trotz der beschriebenen Unzulänglichkeiten für die vorliegende Studie ausgewählt.

Zusammenfassend ergibt sich bei Betrachtung der von MiMü im Vergleich zu VoMü signifikant häufiger angewandten Copingstile Herunterspielen, Resignation, Selbstbemitleidung und Pharmakaeinnahme, insgesamt der Eindruck eines Stressbewältigungsmusters, das stark durch Passivität der betroffenen Person gekennzeichnet ist. Laut Boekaerts (1995) treten solche Formen der Bewältigung besonders dann auf, wenn die Kontrollierbarkeit des Stressors als niedrig und/oder seine Wandlungsfähigkeit als hoch eingeschätzt werden, womit letztlich die Überforderung des Betroffenen im Umgang mit dem Stressor deutlich wird. Es stellt sich somit die Frage, inwiefern die gefundenen Differenzen zwischen MiMü und VoMü nicht nur statistisch signifikant, sondern u.U. sogar klinisch relevant sind und MiMü mit ihrem Risikoprofil (s. unter 4.1), ihrem Ressourcenmangel (s. unter 4.2) und dem Dominieren emotionszentrierter, negativer und passiver Stressbewältigungsstile, vermehrt unter Störungen des psychischen Befindens leiden (s. unter 4.4).

#### **4.4 Diskussion der psychischen Belastung (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Ausprägung von Persönlichkeitsstilen) in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes**

##### **H.4 Minderjährige Mütter sind unzufriedener als ihre volljährige Vergleichsgruppe. ✗**

Alle Unterhypothesen werden nachfolgend gemeinsam diskutiert. Lediglich auf die Unterhypothese 4.4. wird separat eingegangen, um den hier festgestellten signifikanten Gruppenunterschied kritisch zu hinterfragen und zu erklären, weswegen MiMü in dieser Arbeit trotz dieses signifikanten Gruppenunterschieds in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Familie, insgesamt als ähnlich zufrieden wie ihre Vergleichsgruppe angesehen werden.

##### **H.4.1 MiMü sind unzufriedener mit ihren Freundschaften als VoMü. ✗**

##### **H.4.2 MiMü sind unzufriedener mit ihrer Gesundheit als VoMü. ✗**

##### **H.4.3 MiMü sind unzufriedener mit ihrer Arbeit als VoMü. ✗**

##### **H.4.4 MiMü sind unzufriedener mit ihrer Familie als VoMü. ✓**

MiMü sind mit Mittelwerten von 6,02 im Vergleich zu VoMü mit Mittelwerten von 6,54 zwar sehr zufrieden mit ihren Familien, VoMü allerdings sind mit signifikantem Unterschied ( $p = 0,007$ ) noch zufriedener. Dies ist insofern interessant, als Hillis et al. (2010) in ihrer retrospektiven Kohortenstudie beschreiben, dass qualitative Familienmerkmale protektiv gegen eine frühe Kohabitarche und minderjährige Schwangerschaften wirken. Bei überdurchschnittlich hohen Zufriedenheitsangaben der MiMü zur Familie (s. 8.7.1) ist es allerdings eher unwahrscheinlich, dass die Zufriedenheit mit der Familie in der vorliegenden Studie einen signifikanten Einfluss auf das Eintreten einer Schwangerschaft im Jugendalter gehabt haben soll. Einschränkend ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Zufriedenheit mit der Familie zum Interviewzeitpunkt nicht notwendigerweise mit der familiären Zufriedenheit zu anderen Zeitpunkten übereinstimmt. Lucas & Diener (2000) sprechen für die Zufriedenheit zwar von einer zeitlichen Stabilität, beziehen dies aber auf das generelle subjektive Wohlbefinden und nicht auf spezielle Lebensbereiche. Bei überdurchschnittlichen Zufriedenheitsangaben der MiMü für nahezu alle Lebensbereiche und auch für die Lebenszufriedenheit insgesamt (s. unter 3.4) ist aber eher anzunehmen, dass die Familie für sie auch eine positive Wertigkeit hat. Collins (2010) beschreibt, dass positive Familienbeziehungen einen Faktor in der Entwicklung von Resilienz darstellen. Es ist anhand unserer Ergebnisse insgesamt davon auszugehen, dass die Beziehung von MiMü zur Familie positive Merkmale aufweist und sich damit resilienzfördernd auf sie auswirken könnte.

#### H.4.5 MiMü sind unzufriedener mit ihrem Partner als VoMü. ✗

#### H.4.6 MiMü sind unzufriedener mit ihrem Leben als VoMü. ✗

Bei deutlichen Unterschieden in der Exposition gegenüber psychosozialen Risiko- und Schutzfaktoren ergeben sich bei den zwei Untersuchungsgruppen ähnliche Angaben zur Zufriedenheit mit Freundschaften, Gesundheit, Arbeit, Familie, Partner und ihrem Leben. Damit bestätigen sich die Ergebnisse von Zeck et al. (2007), die für MiMü ebenfalls hohe und teils höhere Zufriedenheitsangaben in einzelnen Lebensbereichen beschreiben als für ihre jeweilige Kontrollgruppe.

In Synopsis dieser Befunde, könnten die Ergebnisse unserer Gruppenvergleiche als ein Hinweis für die positiven Auswirkungen von emotionszentriertem Coping angesehen werden, für das bei den MiMü im SVF-120 eine Präferenz festgestellt wurde (siehe unter 4.3, H.3.1). Es wird in der Literatur davon ausgegangen, dass eine emotionsbasierte Stressbewältigung vor allem dann zum Einsatz kommt, wenn unzureichende Ressourcen zur Stressorenbeseitigung bestehen (Penley et al., 2002). Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass es sich bei den MiMü um eine resiliente Bevölkerungsgruppe handelt, die zwar in hohem Maße psychosozialen Risikofaktoren ausgesetzt ist und in geringem Maße Schutzfaktoren aufweist, trotz dieser Widrigkeiten jedoch nicht resigniert ist (Wustmann, 2004). Eine weitere

Möglichkeit ist allerdings auch, dass Zufriedenheitsindices weniger durch äußere Einflüsse beeinflusst werden als durch Persönlichkeitsmerkmale. Moreira et al. (2014), Suldo & Shaffer (2008), Diener et al. (2003) und Lucas & Diener (2000) beispielsweise schreiben nicht nur den Lebensumständen einer Person, sondern auch ihrem Persönlichkeitsstil einen signifikanten Anteil an ihrer Lebenszufriedenheit („*well being*“) zu. Lucas & Diener (2000) weisen für die Zufriedenheit („*subjective well-being*“) sowie für die Persönlichkeit eine zeitliche und situative Stabilität nach. Das ist in Hinblick auf die Arbeit von Diener & Diener (1996), die das Gros der Menschen, recht unabhängig von ihren unterschiedlichen Lebensumständen insgesamt als zufrieden einschätzt, positiv zu werten. Es führt aber zu der Frage, inwiefern eine Beeinflussung der Lebenszufriedenheit überhaupt möglich ist und ob es für diejenigen, die eher unzufrieden sind, Ansätze gibt, doch glücklicher zu werden. Heldon & Lybomirsky (2006) schreiben hierzu, dass es weniger auf Änderungen der Lebensumstände, als vielmehr auf Änderungen von Verhaltensweisen ankommt, um eine anhaltende Zufriedenheit („*happiness*“) zu ermöglichen. Dies wiederum lässt auf eine bedeutsame Rolle für Stressverarbeitungsstile schließen. Moreira et al. (2014) schließlich weisen darauf hin, dass hohe Angaben zur Zufriedenheit auch mit psychischer Gesundheit korreliert sind. Diesen Studienergebnissen folgend ist somit davon auszugehen, dass MiMü mit ihren hier festgestellten, hohen Zufriedenheitsangaben weniger als in unseren Ausgangshypothesen vermutet, durch Störungen des psychischen Befindens belastet sind. Ob dies auch für die aktuelle psychische Belastung und Ausprägung von Persönlichkeitsstilen zutreffend ist, wird nachfolgend diskutiert.

### **H.5 Minderjährige Mütter empfinden gegenüber volljährigen Müttern eine vermehrte aktuelle psychische Belastung. ✓**

Literaturangaben, die eine vermehrte Belastung für MiMü beschreiben sind zahlreich (Ngum Chi Watts et al., 2015; Kershaw et al., 2013, Henretta et al., 2008; Holoub et al., 2006; Hanna, 2001, I; Coley & Chase-Landsdale, 1998; Musick, 1993) und werden durch unsere Ergebnisse bestätigt.

MiMü weisen im BSI höhere Mittelwerte mit signifikanten Gruppenunterschieden zu Ihren Lasten in 5 der 7 untersuchten Skalen auf (s. unter 8.7.2). Darüber hinaus weisen sie für jeden einzelnen der drei globalen Kennwerte ebenfalls signifikant höhere Werte als VoMü auf (s. unter 8.7.2). Das heißt, MiMü empfinden im Vergleich zu VoMü nicht nur vermehrt Belastungen (PST), sondern stufen auch die Belastungsintensität als deutlich höher ein (GSI + PSDI). Allerdings bewegen sich die Mittelwerte der einzelnen Skalen zwischen einem Mindestwert von 45,5 (VoMü) bzw. 50 (MiMü) und einem Maximalwert von 48 (VoMü) bzw. 54,5 (MiMü), womit sich zeigt, dass die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen nicht durch auffällig hohe Werte in der Gruppe der MiMü, sondern durch eher

niedrige Werte in der Gruppe der VoMü bedingt sind. Im Unterschied zum SVF-120 ist der BSI allerdings bereits für Personen ab 13 Jahren standardisiert (Franke, 2000), so dass hier nicht anzunehmen ist, dass die unterschiedlichen Werte durch eine fehlende altersgerechte Standardisierungsstichprobe erklärbar wären. Allerdings fällt der signifikante Gruppenunterschied zwischen MiMü und VoMü ausnahmslos zu Ungunsten der MiMü aus, womit in Hinblick auf die bereits festgestellte hohe Risikofaktorenbelastung und vermindert vorliegende Schutzfaktoren bei MiMü (vgl. 8.6.1 und 8.6.2) anzunehmen ist, dass die gefundenen Gruppenunterschiede nicht nur signifikant sind, sondern auch klinisch auffällig sein könnten. Als mögliche Erklärung für diese Annahme kann, wie auch unter 4.3 in Bezug auf den SVF-120 diskutiert werden, dass regionale Unterschiede zwischen der Standardisierungsstichprobe des BSI und unserer Stichprobe aus Mecklenburg-Vorpommern bestehen, die zusammengefasst die Tendenz zeigen, dass Angaben zu psychischer Belastung niedriger erfasst werden, als sie tatsächlich vorliegen. Dass eine Linksverschiebung der Ergebnisse plausibel ist, zeigt die deutsche Normstichprobe des BSI (Franke, 2000, S. 24), die zwar mit 600 Menschen von 15 – 80 Jahren (Durchschnittsalter 33J.), 50% weiblichen Stichprobenteilnehmern und einem gemischten Bildungsstand (30% Hauptschulabschluss, 30% Realschulabschluss, 30% Abitur) sehr divers ist, aber durch ihre Generierung über ein Schneeballverfahren von Hilfskräften, Mitarbeitern und Doktoranden des Essener Instituts für Medizinische Psychologie zusammengetragen wurde und somit für ostdeutsche Personen wahrscheinlich nicht repräsentativ ist.

Auch die Betrachtung auffälliger Grenzwerte (>60) für die globalen Kennwerte (s. unter 8.7.2) zeigt, dass MiMü signifikant häufiger als VoMü hohe Angaben zu empfundener Belastung und Belastungsintensität machen.

Dass es sich bei MiMü um eine Risikopopulation für eine erhöhte psychische Belastung handelt, steht im Einklang mit der internationalen Literatur (Ngum Chi Watts et al., 2015; Kershaw et al., 2013; Coley & Chase-Landsdale, 1998).

Ngum Chi Watts et al. (2015) beschreiben für ihre qualitative Studie an afrikanischen minderjährigen Erstgebärenden mit Flüchtlingsstatus in Australien, dass ein fehlender sozialer Rückhalt für die betroffenen Frauen als besonders belastend empfunden wird. Dies beschreiben auch Aujoulat et al. (2010) in ihrer qualitativen belgischen Studie und Collins (2010) in ihrer qualitativen neuseeländischen Arbeit. Damit etabliert sich der Eindruck, dass die gesellschaftliche Isolierung für MiMü, ungeachtet ihrer unterschiedlichen Herkunft, in der industrialisierten Welt und auch Jahre nach der Geburt des ersten Kindes (Collins, 2010) als ausgesprochen belastender Faktor einzustufen ist. Kershaw et al. (2013) beschreiben in ihrer US-amerikanischen Studie an jungen werdenden Eltern (Alter der Frauen 14-21 Jahre) mit sozioökonomisch benachteiligtem Hintergrund, dass 61% der Studiensubjekte Belastungen in Bezug auf ihre Beziehung zum Partner angeben, die sich wiederum negativ auf ihre physische

und psychische Lebensqualität auswirken. Coley & Chase-Lansdale (1998) benennen in ihrer Metaanalyse zur minderjährigen Schwanger- und Elternschaft, dass die teilweise miteinander im Konflikt stehenden Anforderungen an eine minderjährige Mutter, z.B. Identitätsfindung und Ausbildung einerseits sowie Übernahme von Verantwortung für ein Kind andererseits, von minderjährigen Erstgebärenden als belastend wahrgenommen werden und möglicherweise das Risiko für depressive Symptome erhöhen.

In unserer Studie kann die erhöhte psychische Symptombelastung am ehesten zurückgeführt werden auf eine multiple Risikofaktorenbelastung bei geringem Vorliegen von Schutzfaktoren (s. unter 8.6.1 und 8.6.2). Dass Risiko- und Schutzfaktoren Einfluss auf das psychische Befinden zeigen, weisen zahlreiche Studien nach (vgl. Anhang unter 8.2.2 und 8.2.4) und wurde unter 4.1 und 4.2 bereits diskutiert. Unsere Arbeit schließt Risiko- und Schutzfaktoren ein, die in der Vergangenheit liegen (z.B. Drogenkonsum während der Schwangerschaft), aber auch solche, die zum Interviewzeitpunkt aktuell sind (Abhängigkeit von Transferleistungen, Intaktheit der Ursprungsfamilie). Sie ergeben alle, dass MiMü im Vergleich zu VoMü sowohl in der Vergangenheit, als auch zum Interviewzeitpunkt eine signifikant höhere Risikofaktorenbelastung aufweisen. Dies weist zusammen mit dem hier nachgewiesenen, signifikant höheren Belastungsempfinden für MiMü zum Interviewzeitpunkt, auf eine anhaltende Belastungssituation in der Gruppe der MiMü hin.

Dies bestätigen auch Henretta et al. (2008), die in ihrer retrospektiven Studie an einer britischen und amerikanischen Population gesunder Frauen in ihrer sechsten Lebensdekade eine anhaltende, vermehrte Belastungssituation für ehemalige minderjährige Mütter beschreiben. Das Eintreten einer Mutterschaft vor dem 21. Lebensjahr ist hier auch Jahrzehnte später und nach Durchführung von Kontrollen für den Effekt des sozioökonomischen Status, ein Indikator für eine schlechtere psychische Gesundheit als bei der Kontrollgruppe volljähriger Erstgebärender (Henretta et al., 2008).

Eine hohe Symptombelastung birgt, wie bereits einleitend erwähnt, die Gefahr der Überlastung und begünstigt damit die Entwicklung psychischer Störungen (Henretta et al., 2008; Aldwin, 2007; Black et al., 2002; Holub et al., 2007; Ravens-Sieberger et al., 2002). Somit sind MiMü in dieser Studie nicht nur zum Interviewzeitpunkt, sondern möglicherweise auch für den weiteren Lebensverlauf als eine Risikopopulation für eine vermehrte psychische Belastung einzuschätzen, die mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen assoziiert ist.

#### H.5.1 MiMü reagieren im Vergleich zu VoMü vermehrt mit Depressivität als Zeichen aktueller psychischer Belastung. ✓

Es bestätigen sich Ergebnisse aus der internationalen Literatur, die für minderjährige Mütter eine höhere Rate an Depressivität im Vergleich zu ihrer Kontrollgruppe beschreiben (Tzilos et

al., 2012; Gavin et al., 2011; Gaines Lanzi et al., 2009; Henretta et al., 2008; Figueiredo et al., 2007).

Figueiredo et al. (2007) untersuchten in ihrer längsschnittlichen Studie an gesunden, schwangeren Frauen Unterschiede im Vorliegen einer depressiver Symptomatik während der Schwangerschaft und post partum, in Abhängigkeit vom Status der teilnehmenden Frauen als minderjährige oder volljährige Erstgebärende. Ihre Ergebnisse zeigen, dass minderjährige Mütter mit Prävalenzen von 25-50% ein signifikant erhöhtes Risiko für die Entwicklung von schwangerschafts-assoziierten und post partalen Depression haben. Ihre Studienergebnisse weisen außerdem nach, dass die Hälfte der Frauen, die unter einer schwangerschaftsassozierten Depression leiden, auch post partum depressiv sind. Dieser Umstand führt uns zu der Annahme, dass MiMü auch längere Zeit nach Entbindung ihres ersten Kindes höhere Angaben zum Vorliegen von Depressivität als ihre Vergleichsgruppe der VoMü machen. Diese Annahme hat sich durch unsere Ergebnisse zwar bestätigt, lässt aber durch unser querschnittliches Studiendesign keine Rückschlüsse darüber zu, ob die Gruppe der MiMü auch während der Schwangerschaft und postpartal erhöhte Zeichen von Depressivität zeigte. Dass eine solche Annahme plausibel ist, zeigt die Arbeit von Gavin et al. (2011), die in ihrer longitudinalen Kohortenstudie an minderjährigen Müttern, über einen Zeitraum von 17 Jahren das Vorliegen von Angaben zur Depressivität minderjähriger Erstgebärender untersuchten. Hervorzuheben an dieser Studie ist insbesondere, dass sie ebenfalls den BSI als Instrument zur Erfassung von Angaben zu Depressivität nutzten. Aus ihrer Arbeit ergibt sich nicht nur, dass minderjährige Mütter erhöhte Angaben zu depressiver Symptomatik machen, sondern auch, dass die Angaben zu Depressivität bei ihnen im Zeitverlauf steigen. In ihrer Studie geben post partal 19% der minderjährigen Mütter und 17 Jahre später 35,2% der minderjährigen Erstgebärenden erhöhte Angaben zu Depressivität an. Mit 35,2% liegen die ehemaligen minderjährigen Mütter etwa fünfmal über dem für Frauen in der 4. Lebensdekade statistisch üblichen Wert zu Depressivität. Die signifikant höheren Mittelwerte in der Skala Depressivität für MiMü in unserer Studie sehen wir am ehesten als Folge einer erhöhten Risikofaktorenbelastung und vermehrt vorliegendem, maladaptivem Coping bei mangelnder Ressourcenlage. Dass diese Annahme plausibel ist, zeigt die in der Literatur vielfach bestätigte Assoziation von psychosozialen Risikofaktoren wie z.B. Gewalterfahrung (Gavin et al., 2011), Nikotin- und Drogenabusus (De Genna et al., 2009) mit Erkrankungen des depressiven Formenkreises. Für alle diese Risikofaktoren haben wir bei unseren MiMü im Vergleich zu VoMü eine signifikant höhere Belastung nachgewiesen (s. unter 8.6.1).

Eine weitere Erklärung für erhöhte Angaben zu depressiver Symptomatik bei MiMü ist, dass sich MiMü vermehrt gesellschaftlich isoliert und stigmatisiert fühlen (Ngum Chi Watts, 2015; Aujoulat et al., 2010; Collins, 2010). Es ist bereits in der Einleitung darauf eingegangen

worden, dass minderjährige Erstgebärende sich durch ihre Mutterschaft mit teilweise sehr gegensätzlichen Anforderungen konfrontiert sehen. Durch das Eintreten in eine für einen Teenager nicht altersgemäße Lebensphase als Mutter einerseits und durch die nur reduziert mögliche Teilnahme an typischen Aktivitäten der Adoleszenz andererseits, befinden sich MiMü in einer Situation, wo sie sich zwar in zwei Lebensphasen zur selben Zeit befinden, aber für diese Lebenssituationen jeweils eine Außenseiterposition einnehmen. So können MiMü einerseits z.B. nicht wie andere Teenager feiern gehen, sondern müssen sicherstellen, dass sie einen Babysitter haben und andererseits trennt sie von VoMü, mehr als nur das Alter. VoMü haben einen höheren sozioökonomischen Status, einen anderen familiären Hintergrund etc. (vgl. unter 8.61 und 8.6.2). Dass sich hieraus für MiMü ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Gefühls der Isolierung mit Zeichen von Depressivität ergeben kann, beschreiben Coley & Chase-Landsdale (1998) in ihrer Übersichtsarbeit, sowie Aujoulat et al. (2010) und Hanna (2001, I). Dass das Gefühl, gesellschaftlich isoliert bzw. stigmatisiert zu sein auch Jahre nach Eintreten der minderjährigen Mutterschaft fortbesteht, zeigt die Arbeit von Collins (2010). In ihrer qualitativen neuseeländischen Studie geben ehemalige MiMü an, dass sie sich als inzwischen volljährige Frauen durch ihren Status als ehemalige minderjährige Mütter weiterhin stigmatisiert sehen. Als Beispiele werden genannt, dass sie sich von Lehrern ihrer Kinder nicht ernst genommen fühlen und dass sie bei erneuten Schwangerschaften oder im Arbeitsumfeld, bei Aufdeckung ihrer frühen Mutterschaft, Gefühle der Scham empfinden (Collins, 2010, S. 44).

Eine weitere Erklärung dafür, dass MiMü vermehrt depressive Symptome zeigen, kann auch darin liegen, dass MiMü bereits vor der Schwangerschaft depressive Symptome aufweisen und sich von einer minderjährigen Mutterschaft ein positives Outcome versprechen, z.B. indem sie ihrem Leben durch Fürsorge für das eigene Kind einen Sinn geben (Moll, 2013; Sipsma et al., 2010; Smithbattle, 2007; Bonell, 2005; Araj, 2003) oder indem sie über das eigene Kind eine enge emotionale Beziehung zu einem Menschen erlangen, etwa weil ihnen emotionaler Rückhalt und Stabilität fehlen (Arai, 2003; Hanna, 2001 (II); Rigsby et al., 1998; Coley & Chase-Landsdale; Musick, 1993). Dies kann als Versuch gewertet werden, dass diese jungen Frauen ihrer depressiven Symptomatik über die Mutterrolle entkommen. Zum Teil müssen sie aber nach der Geburt feststellen, dass die depressive Symptomatik weiter fortbesteht (Hanna, 2001 (II); Rigsby et al., 1998; Musick, 1993). Dass eine psychische Erkrankung einen Risikofaktor für eine minderjährige Schwangerschaft darstellt, belegen zahlreiche Arbeiten (Pedersen & Mastekaasa, 2010; Jaffee et al., 2001; Fergusson et al., 1998; Zoccolillo et al., 1997; Kolip et al., 1995). Pedersen & Mastekaasa (2010) beispielsweise beschreiben in ihrer longitudinalen, norwegischen Studie, dass für Mädchen mit Zeichen von Verhaltensstörungen (= „*conduct disorder symptoms*“) im Alter von 15 Jahren, ein erhöhtes Risiko für das Eintreten einer Schwangerschaft im Alter von 15-19 Jahren besteht.



Einschränkend ist anzumerken, dass die Reaktionen von MiMü auf empfundene Belastungssituationen zwar deutlich häufiger als bei VoMü Zeichen von Depressivität aufweisen, aber nicht ausschließlich dem depressiven Formenkreis zuzuordnen sind. Das wird an den Ergebnissen der Subskalen deutlich, die eine eher generalisierte, als nur auf Depressivität zentrierte psychische Belastung zeigen. Dass eine generelle Minderung der psychischen Gesundheit bei MiMü im Vergleich zu VoMü auch Jahrzehnte nach Eintreten der Mutterschaft als Minderjährige besteht, ist in Hinblick auf die Ergebnisse der bereits vorgestellten Studie (s. unter 4.4, Hypothese 5) von Henretta et al. (2008) nicht nur plausibel, sondern zeigt auch die Gefahr auf, dass sich Symptome psychischer Belastung bei MiMü im Laufe der Jahre noch verschlechtern könnten.

### **H.6 Minderjährige Mütter haben im Vergleich zu volljährigen Müttern ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung auffälliger Persönlichkeitsstile. ✓**

Obige Hypothese wird insofern bestätigt, als MiMü durchweg höhere Skalenwerte für die untersuchten Persönlichkeitsstile aufweisen. Da sich signifikante Gruppenunterschiede in den Mittelwertberechnungen nur in drei von sechs untersuchten Skalen (Eigenwillig-Paranoid, Loyal-Abhängig, Spontan-Borderline) und bei den auffälligen Grenzwertberechnungen (Grenzwert > 60) nur in zwei von diesen sechs Skalen (Eigenwillig-Paranoid, Loyal-Abhängig) finden, ist eher davon auszugehen, dass MiMü nicht global auffällig sind, sondern eher eine Tendenz zu diesen o.g. Persönlichkeitsstilen/-störungen aufweisen. Die Ergebnisse zeigen hier erneut, dass der signifikante Unterschied zwischen den beiden untersuchten Gruppen nicht durch eine Auffälligkeit der Gruppe minderjähriger, sondern durch niedrige Skalenwerten in der Gruppe volljähriger Erstgebärender bedingt ist. Dies zeigte sich bereits in den Ergebnissen der Gruppenvergleiche für den SVF-120 und ebenso für den BSI. Dies kann hier, wie schon beim BSI weniger durch eine suboptimale Altersstruktur der Standardisierungsstichprobe erklärt werden, da der PSSI für Personen zwischen 14 und 82 Jahren standardisiert ist (Kuhl & Kazén, 2000). Bei der Standardisierungsstichprobe handelt es sich um 1943 „normalgesunde“ Menschen zwischen 14 und 82 Jahren aus unterschiedlichen Berufsgruppen. Daten der teilnehmenden ProbandInnen stammen allerdings zu ca. 90% aus den alten Bundesländern (Kuhl & Kazén, 2009, S. 39). Somit ist es durchaus plausibel, dass eine Antwortverzerrung mit einer Linksverschiebung der Ergebnisse aufgrund eines unberücksichtigten regionalen Faktors vorliegt.

Darüber hinaus ist, wie bereits einleitend erwähnt, die Abgrenzung von Persönlichkeitsstil zu Persönlichkeitsakzentuierung hin zu einer manifesten Persönlichkeitsstörung schwierig, „[...] da die Übergänge zwischen sozial akzeptierter und sozial nicht akzeptierter Abweichung sehr kontextabhängig und fließend sind [...]“ (Fiedler, 2007, S. 3).

Insgesamt ist es jedoch so, dass signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Gruppen vorliegen und diese vollständig zu Ungunsten der minderjährigen Erstgebärenden ausfallen. Es ist daher zumindest eine Tendenz dieser Gruppe zu Auffälligkeiten im Sinne Paranoider, Abhängiger und Borderline Persönlichkeitsakzentuierungen, sowie der mit ihnen assoziierten depressiven Symptomatik anzunehmen. Ob eine Persönlichkeitsstörung oder aber lediglich ein extremer Persönlichkeitsstil vorliegt, ist nicht allein durch hohe Werte im PSSI feststellbar. Hierfür bedarf es u.a. der Feststellung, ob zusätzlich zu extremen Persönlichkeitsstilen auch Defizite in der Selbstregulationsfähigkeit des Betroffenen vorliegen (Kuhl & Kazén, 2009). In dieser Arbeit wurden Selbstregulationsdefizite nicht untersucht, so dass dies für die anstehende longitudinale Studie in der Phase III des Projekts „*Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft*“ eine sinnvolle Erweiterung darstellt. Allerdings ergeben sich bereits aus den hier vorliegenden Ergebnissen Erkenntnisse zu den Persönlichkeitsstilen minderjähriger Erstgebärender, die womöglich einen Ansatzpunkt für den Umgang mit ihnen darstellen, da Menschen mit unterschiedlichen Persönlichkeitsstilen auch von unterschiedlichen Behandlungsansätzen profitieren (Kuhl & Kazén, 2009). „[...] so kann man die Kooperation eines Patienten mit einer vorsichtigen oder gar paranoiden Persönlichkeit oft erst dadurch gewinnen, dass man jeden Behandlungsschritt begründet und maximale Transparenz vermittelt [...]. Bei [...] abhängigen Patienten kann [...] eine verfrühte Betonung der Eigeninitiative und Selbstverantwortlichkeit die Therapiemotivation beeinträchtigen, ja sogar zum Abbruch der Therapie führen [...]“ (Kuhl & Kazén, 2009, S. 13-14). Diese Aussagen sind zwar auf die Therapie mit Menschen mit manifesten Persönlichkeitsstörungen bezogen, jedoch wird auch der alltägliche Umgang sicherlich erleichtert, wenn auch auf unterschiedliche Persönlichkeitsstile Rücksicht genommen wird. Die Kenntnis, dass minderjährige Erstgebärende eine Tendenz zur Akzentuierung o.g. Persönlichkeitsstile aufweisen, sollte mehr Verständnis für die Verhaltensmuster der minderjährigen Erstgebärenden schaffen und den Umgang mit ihnen verbessern.

Abschließend soll ein weiterer Punkt diskutiert werden: Unsere Berechnungen geben lediglich einen Hinweis darüber, ob zum Zeitpunkt des Interviews auffällige Angaben in den untersuchten Persönlichkeitsskalen vorliegen. Rückschlüsse darüber, ob diese Auffälligkeiten auch schon vor Eintreten der Schwangerschaft bestanden haben, sind nicht möglich. Aufgrund unseres Studiendesigns ist somit keine Aussage darüber möglich, ob ein auffälliges Persönlichkeitsprofil als Ursache oder Folge der minderjährigen Mutterschaft zu werten ist. In Hinblick auf unser Arbeitsmodell, dem das Diathese-Stress-Modell zugrunde liegt und der Komplexität der Persönlichkeitsreifung und Entstehung von Psychopathologien, halten wir es jedoch für wahrscheinlich, dass das Eintreten einer minderjährigen Mutterschaft die Ausprägung von Persönlichkeitsstilen/-störungen beeinflusst.

### H.6.1 MiMü zeigen eine höhere Ausprägung des Loyalen Persönlichkeitsstils und haben ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Abhängigen Persönlichkeitsstörung als VoMü. ✓

Loyale Persönlichkeiten sind „[...] gekennzeichnet durch ein „loyales Verhalten“ gegenüber anderen Menschen, dass die Bereitschaft einschließt, eigene Wünsche zurückzustellen, wenn sie mit den Interessen wichtiger Bezugspersonen kollidieren. [...] In der Übersteigerung kann dieser Stil aber auch in abhängiges oder unterwürfiges Verhalten münden sowie auch in die Unfähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen oder umzusetzen. Abhängige Personen haben gewöhnlich Angst davor verlassen zu werden. Sie übernehmen auch solche Tätigkeiten, die für sie unangenehm sind, wenn sie dadurch die Zuneigung anderer gewinnen können. Die übermäßige Abhängigkeit von anderen erschwert jegliche Eigeninitiative oder Eigenaktivitäten. [...]“ (Kuhl & Kazén, 2009, S. 24).

In der internationalen Literatur wird ein Zusammenhang des Loyalen Persönlichkeitsstils bzw. der Abhängigen Persönlichkeitsstörung mit depressiven Symptomen beschrieben (Fiedler, 2007), die auch in den Gruppenvergleichen des BSI signifikant häufiger als bei den VoMü festgestellt wurden (vgl. unter 3.4). Die minderjährige Mutterschaft wird vielfach mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung depressiver Störungen (Tzilos et al., 2012; Gaines Lanzi et al., 2009; Figueiredo et al., 2007) auch lange Zeit nach Eintreten der Mutterschaft (Gavin et al., 2011; Henretta et al., 2008) in Verbindung gebracht. Gaines Lanzi et al. (2009) beschreiben in ihrer longitudinalen Studie für minderjährige im Vergleich zu volljährigen Müttern mit niedrigem, sowie gegenüber Müttern mit hohem sozioökonomischen Status, jeweils höhere Raten depressiver Symptomatik vor und 6 Monate nach der Geburt ihres ersten Kindes. Sie führen als Erklärung für die erhöhte Rate an Depressionen bei minderjährigen Müttern den Mangel an sozialer Unterstützung an, aus dem sich ein erhöhtes Belastungsempfinden ergibt, dass seinerseits das Risiko einer Depression erhöht. Dass ein Mangel an sozialer Unterstützung von minderjährigen Müttern als besonders belastend empfunden wird und eine Assoziation zu depressiver Symptomatik besteht, ist vielfach beschrieben (Aujoulat, 2010; Hanna, 2001 (I+II); Coley & Chase-Landsdale, 1998; Rigsby et al., 1998; Musick, 1993). Unter Hypothese 5 haben wir bereits diskutiert, dass eine solche Assoziation von Ressourcenmangel und Außenseiterstatus mit depressiver Symptomatik auch für unsere MiMü plausibel ist. Auch die signifikant höhere Risikofaktorenbelastung (s. unter 4.1) und das vermehrte Anwenden von emotionsbasierten und negativen Copingstilen (s. unter 4.3) kann zu depressiver Symptomatik führen oder sie verstärken. Durch die Ergebnisse des PSSI kann zwar das Vorliegen einer abhängigen Persönlichkeitsstörung nicht festgestellt werden, allerdings gehen wir angesichts der hier signifikant höher liegenden Angaben zu abhängigen Persönlichkeitsmerkmalen und den angesprochenen Kritikpunkten in Bezug auf die Standardisierungsstichprobe davon aus, dass bei MiMü im Vergleich zu VoMü vermehrt abhängige Persönlichkeitsakzentuierung vorliegen, die durch ihre beschriebene Assoziation

mit depressiver Symptomatik, auch das Risiko für Erkrankungen des depressiven Formenkreises erhöhen.

#### H.6.2 MiMü zeigen eine höhere Ausprägung des Spontanen Persönlichkeitsstils und haben ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung als VoMü. ✓

Die Skala Spontaner Stil des PSSI erfasst einen Persönlichkeitsstil, der sich durch eine ausgeprägte Emotionalität und Wankelmütigkeit auszeichnet und sich in extremer Ablehnung von als negativ wahrgenommenen Dingen und/oder Personen und spontaner Begeisterung für als positiv eingeschätzten Dingen/Personen äußert (Kuhl & Kazén, 2009). Charakteristika der pathologischen Übersteigerung dieses Persönlichkeitsstils sind das Fehlen einer stabilen Persönlichkeit, eine polymorphe Sexualität sowie eine auffällige Neigung zu affektiv-depressiven Störungen und selbstverletzenden Aktionen ohne suizidale Absicht (Kuhl & Kazén, 2009; Fiedler, 2007). In Bezug auf die Borderline Persönlichkeitsstörung bzw. Persönlichkeitsmerkmale ist interessant, dass wenig Trennschärfe zu anderen Störungen besteht und so verfechten Durbin & Hicks (2014) in ihrer Übersichtsarbeit auch einen Paradigmenwechsel in der Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen hin zu einer mehr symptomorientierten Klassifikation in überwiegend internalisierendes bzw. mehr externalisierende Verhalten und weg von der Abgrenzung einzelner Persönlichkeitsstörungen voneinander. In Bezug auf die Borderline Persönlichkeitsstörung sind beispielsweise Überschneidungen mit der Histrionischen Persönlichkeitsstörung in Bezug auf die Sexualisierung zwischenmenschlicher Beziehungen (Novais et al., 2015) oder Assoziationen mit Angststörungen (Harned & Valenstein, 2013; Eaton et al., 2011) beschrieben. Dies ist zum einen in Hinblick darauf relevant, dass Ergebnisse dieser Studie, die möglicherweise auf ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Angststörungen bei erhöhten Angaben zu abhängigen und paranoiden Persönlichkeitsmerkmalen hinweisen, letztlich auch als Zeichen einer Borderlineakzentuierung bzw. -störung gewertet werden können. Allerdings liegen die Mittelwerte beider Gruppen innerhalb des Normbereiches, trotz signifikantem Gruppenunterschied zu Ungunsten der MiMü (s. unter 8.7.3). Darüber hinaus lassen sich in den Grenzwertberechnungen (Grenzwert > 60) keine signifikanten Gruppenunterschiede nachweisen. Allerdings ist möglich, dass die Werte, wie bereits diskutiert, aufgrund der inadäquaten Standardisierungsstichprobe sozusagen „falsch niedrig“ liegen. Die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung erfolgt laut Stepp (2013) bei Jugendlichen darüber hinaus nur widerstrebend. Erklärt wird dies damit, dass Persönlichkeitsstile bis zum Erreichen des Erwachsenenalters als nicht stabil gelten (Stepp, 2013) und es innerhalb von 3 Jahren bei den meisten Betroffenen zu einer Remission kommt (Stepp, 2013; Zanarini et al., 2003; Shea et al., 2002; Meijer et al., 1998; Mattanah et al., 1995). Daraus folgt aber, dass um Fehldiagnosen zu vermeiden, in Kauf genommen wird, dass jugendliche Patienten, die (noch) keine eindeutigen, diagnosesichernden Symptome zeigen, unter- oder aber gänzlich

unbehandelt bleiben. Dies ist insbesondere deswegen problematisch, weil sich zwar innerhalb von 3 Jahren vielfach eine Remission einstellt (Stepp, 2013; Zanarini et al., 2003; Shea et al., 2002; Meijer et al., 1998; Mattanah et al., 1995), bei einigen aber Symptome persistieren und/oder sich psychische Komorbiditäten entwickeln. Bei einer Erkrankung, die sich meist im Jugendalter manifestiert und die mit einer hohen Remissionsrate innerhalb weniger Jahre unter Therapie einhergeht, sollte unbedingt daran gearbeitet werden, dass Risikopatienten besser als solche identifiziert werden und ein Behandlungsbeginn nicht erst nach langem Leidensweg erfolgt. Eine andere Erklärung dafür, dass die Skalenwerte für MiMü und VoMü innerhalb der Normalverteilung liegen (s. unter 8.7.3) ist, dass ehemalige MiMü in unserer Studie zu einem großen Teil die vulnerable Krankheitsphase von ca. 3 Jahren (Stepp, 2013; Zanarini et al., 2003; Shea et al., 2002; Meijer et al., 1998; Mattanah et al., 1995) hinter sich gelassen haben und sich, sofern sie zu einem früheren Zeitpunkt Zeichen einer Borderline Persönlichkeitsstörung aufgewiesen haben sollten, inzwischen in Remission befinden oder weniger starke Ausprägungen zeigen. Dies schließt jedoch nicht aus, dass MiMü auch zum Interviewzeitpunkt noch mit den Folgen einer Borderline Störung in der Jugendzeit zu kämpfen haben, selbst wenn sie inzwischen niedrigere Skalenwerte zeigen. Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung haben z.B. ein erhöhtes Risiko für Gewalterfahrungen durch Intimpartner, ein erhöhtes Risiko für Geschlechtskrankheiten durch ihr sexuelles Risikoverhalten, sowie eine erhöhte Rate von Substanzabusus und ein erhöhtes Risiko für weitere psychiatrische Erkrankungen, insbesondere für Depressionen (Brüne, 2016). Wir halten es angesichts der beschriebenen Unzulänglichkeiten des PSSI und der beschriebenen Zurückhaltung bei der Diagnose von Persönlichkeitsstörungen (Stepp, 2013; Zanarini et al., 2003; Shea et al., 2002; Meijer et al., 1998; Mattanah et al., 1995) somit für möglich, dass die in dieser Arbeit ermittelten, durchschnittlichen Skalenwerte einerseits „falsch niedrig“ sind und/oder aufgrund der Altersstruktur der StudienteilnehmerInnen zum Interviewzeitpunkts niedriger liegen, als in den vorausgegangenen Jahren. Zusammengefasst halten wir es daher für plausibel, MiMü als eine für Borderline Persönlichkeitsakzentuierungen und -störungen vulnerable Gruppe einzustufen.

#### **4.5 Diskussion der Zusammenhänge zwischen habituellen Copingstilen und psychischem Befinden in Abhängigkeit vom Alter bei Geburt des ersten Kindes**

##### **H.7 Die Anwendung habituellen Stressverarbeitungsstile beeinflusst das psychische Befinden (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Persönlichkeitsstile/-störungen) für MiMü und VoMü unterschiedlich. ✓**

###### **H.7.1 Negative und emotionszentrierte Stressverarbeitungsstile beeinflussen das psychische Befinden bei MiMü stärker negativ als bei VoMü. ✖**

### H.7.2 Positive Stressverarbeitungsstile beeinflussen das psychische Befinden bei MiMü weniger positiv als bei VoMü. ✖

Angesichts der in der Einleitung unter 1.4.4 bereits beschriebenen, uneinheitlichen Studienlage zur Klassifikation von Coping (Garcia, 2010; Compas, 2009; Compas et al., 2004; Skinner et al., 2003), sowie Uneinigkeit hinsichtlich der Definition und Wirkung verschiedener Copingstile (Garcia, 2010; Skinner et al., 2003; Endler & Parker, 1990), haben wir zur Prüfung dieser Hypothesen auf komplexe statistische Berechnungen verzichtet und stattdessen Korrelationsberechnungen durchgeführt. Dass die Ergebnisse dieser Berechnungen somit nur explorativen Charakter haben, ist unbezweifelt und unter Berücksichtigung der o.g. Ausführungen auch beabsichtigt. Anhand dieser Korrelationsberechnungen wollen wir eruieren, ob es einen moderierenden Charakter von habituellem Coping auf das psychische Befinden (=Zufriedenheit, aktuell empfundene Belastung, Persönlichkeitsstile/-störungen) gibt und ob dieser durch die minderjährige Mutterschaft beeinflusst wird.

Insgesamt wird in diesen Berechnungen vor allem deutlich, wie variabel die Korrelationen zwischen Coping und psychischer Belastung sind. Sowohl für MiMü als auch für VoMü, zeigen sich unerwarteterweise positive Korrelationen zwischen als positiv eingestuften Copingstilen und den untersuchten Bereichen psychischer Belastung. Allerdings zeigen sich diese Korrelationen für MiMü und VoMü in unterschiedlichen Einzelskalen. Dass sich positive Copingstile bei MiMü weniger und negative Copingstile bei MiMü stärker auf das psychische Befinden auswirken als bei VoMü, bestätigt sich in diesen Berechnungen aber nicht. Grundsätzlich ergibt sich jedoch, dass für MiMü ein breiteres Spektrum an Copingstilen mit den jeweiligen Einzelskalen der untersuchten psychischen Belastung korreliert sind. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass MiMü ein größeres Repertoire an Copingstrategien aufbringen müssen, um die Belastungssituationen, die sich ihnen stellen zu meistern. Bei nachgewiesenermaßen höherer Risikofaktorenbelastung, weniger Schutzfaktoren und signifikant höherer subjektiver akuter Symptombelastung dürfte eine Aktivierung möglichst vieler Copingstrategien zur Stressorenbeseitigung plausibel sein. Penley et al. (2002) sowie Boekaerts et al. (1995) geben einen Einsatz multipler Copingstile für den Fall an, dass wenig Ressourcen beim betroffenen Individuum vorliegen und zur Meisterung des Problems daher mehrere Bewältigungsstile eingesetzt werden müssen. Dass MiMü einen Mangel an Ressourcen kompensieren müssen liegt nach den Berechnungen zur Risiko- und Schutzfaktorenauslastung (s. unter 8.6.1 und 8.6.2) nahe.

Auch in der internationalen Literatur finden sich Beschreibungen von im ersten Moment scheinbar widersprüchlichen positiven Korrelationen, so wie sie auch in der vorliegenden Arbeit festgestellt wurden. In einer Arbeit von Zhang et al. (2014) zeigt sich beispielsweise, dass problemzentriertes Coping mit Vermeidung positiv korreliert ist. Dies wird damit erklärt,

dass viele Menschen, die problemzentrierte Copingstrategien anwenden auch insgesamt ein breiteres Spektrum an Stressverarbeitungsstilen anwenden und somit auch Zusammenhänge zwischen positiven und negativen, emotions- und problemzentrierten Stressverarbeitungsmechanismen bestehen können. Zum anderen zeigen Zhang et al. (2014), dass das Vorliegen einer großen Menge von Copingstrategien bzw. Flexibilität in der Auswahl des anzuwendenden Copingstils vor allem dann bedeutend ist, wenn die betroffene Person über unzureichende Ressourcen verfügt, um mit dem Stressor umzugehen. Zhang et al. (2014) bestätigen damit die Ergebnisse von Penley et al. (2002) und Boekaerts et al. (1995), die einen Ressourcenmangel beim Individuum als Grundlage für die Anwendung multipler Copingstile sehen. Die Korrelationsberechnungen deuten somit darauf hin, dass MiMü ihren Ressourcenmangel durch die habituelle Anwendung multipler Stressverarbeitungsstrategien auszugleichen versuchen und infolgedessen auch positive Korrelationen zwischen positiven Stressverarbeitungsstilen und Angaben erhöhter psychischer Belastung aufweisen.

Angesichts des Vorkommens von bis zu 400 Coping Subtypen (Skinner et al., 2003), dem Fehlen eines einheitlichen Klassifikationssystems (Garcia, 2010; Compas, 2009; Compas et al., 2004) sowie der Uneinigkeit hinsichtlich der Charakteristika von positivem Coping (Pozzi et al., 2015; Zhang et al., 2014; Bengel et al. 2009; Soucy Chartier et al., 2011; Robilotta et al., 2010; Lazarus & Folkman, 1984) ist es jedoch auch plausibel, dass die Funktionalität einzelner Copingskalen nicht als rein positiv oder negativ zu beschreiben ist, bzw. dadurch verändert wird, dass ein Coping Stil nicht notwendigerweise in Isolation auftreten muss. Für Risiko- und Schutzfaktoren sind kumulative Effekte (Wille et al., 2008) und Assoziationen von Schutzfaktoren mit Risikofaktoren beschrieben. So gehen etwa ausgedehnte soziale Kontakte bei Kindern- und Jugendlichen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Nikotin- und Alkoholabusus einher (Erhart et al., 2007). Solche Effekte könnte es auch für habituelles Coping geben. Demnach wären Verknüpfung von sogenannten „positiven“ mit „negativen“ Copingstilen plausibel und ihre Auswirkung auf das psychische Befinden einer Person abhängig von ihrer Assoziation mit weiteren Copingstilen. Darüber hinaus ist beschrieben, dass sich Coping je nach anwendender Person und Situation, d.h. interindividuell und auch intraindividuell unterscheiden und sich damit unterschiedlich auf das psychische Befinden auswirken kann (Zhang et al., 2014; Compas, 2009; Donnellan et al., 2009; Folkmann, 2000; Lazarus, 2006; Compas et al. 2004; Costa et al., 1996; Lazarus, 1966). Zhang et al. (2014) z.B. beschreiben, dass als unterschiedlich effektiv klassifizierte Stressverarbeitungsstile wie problemorientiertes und vermeidendes Coping sich in ihrer Wirkung auf die psychische Befindlichkeit eines Menschen nicht zwangsläufig unterscheiden müssen.

Als „negativ“ klassifizierte Copingstile allerdings gehen auch in unserer Arbeit für beide Untersuchungsgruppen mit höheren Angaben zu psychischer Belastung einher. In Bezug negative Copingstile ist die Studienlage auch weniger uneins. Für als „dysfunktional“ oder



„negativ“ kategorisierte Stressbewältigungsstrategien wird ein positiver Zusammenhang zu psychischen Störungen gesehen (Pozzi et al., 2015; Zhang et al., 2014; Krenek & Maisto, 2013). Auch wenn in unserer Arbeit keine psychischen Störungen diagnostiziert werden, so weisen unsere Ergebnisse doch darauf hin, dass negatives, habituelles Coping auch einen negativen Einfluss auf das psychische Befinden hat (s. Anhang unter 8.8).

Zusammenfassend sehen wir in der Vielzahl der bei MiMü nachgewiesenen Korrelationen zwischen verschiedenen Copingstilen und psychischer Belastung, den Versuch, einen Ressourcenmangel auszugleichen. Darüber hinaus sehen wir in dem außerordentlich gemischten Bild, das aus diesen Berechnungen hervorgeht und teils positive Korrelationen zwischen positiven Stressverarbeitungsstilen und Angaben erhöhter psychischer Belastung aufweist, den Beleg dafür, dass die Bewertung der Funktionalität verschiedener Copingstile außerordentlich komplex ist und sich nur schlecht in ein dichotomes Format (positiv/negativ; problem-/ emotionsbasiert, etc.) einordnen lässt.

#### **4.6 Diskussion zum Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren mit der Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes bei der Vorhersage von psychischer Belastung**

##### **H.8 Risiko- und Schutzfaktoren moderieren das psychische Befinden (Zufriedenheit, aktuelle subjektive Belastung, Persönlichkeitsstile/-störungen) für MiMü und VoMü unterschiedlich. ✓**

H.8.1 Risikofaktoren führen bei MiMü zu einer stärkeren Beeinträchtigung des psychischen Befindens, als bei VoMü. ✖

H.8.2 Schutzfaktoren wirken sich bei MiMü weniger positiv auf das psychische Befinden aus als bei VoMü. ✖

Nachfolgend werden lediglich die signifikanten Interaktionen diskutiert, um den Schwerpunkt auf o.g. Hypothese zu legen. Die gesamten Berechnungen können dem Anhang unter 8.9 entnommen werden. Wir gehen davon aus, dass MiMü im Vergleich zu VoMü im Sinne des Diathese-Stress-Modells vulnerabler sind und negative/positive Einflussfaktoren dadurch auch einen anderen Einfluss auf ihr psychisches Befinden haben, als dies bei VoMü der Fall ist. Fazit der durchgeführten Varianzanalysen ist genau das. Es zeigt sich jedoch, dass diese Annahme nicht auf jeden einzelnen Einflussfaktor zutrifft, sondern sich auf ganz bestimmte Risiko- und Schutzfaktoren bezieht. Insgesamt ergibt sich aus unseren Ergebnissen, dass MiMü im Besonderen von der eigenen Erwerbstätigkeit profitieren, sowie eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber den negativen Folgen von Nikotinabusus in Kindheit/Jugend und Gewalterfahrungen aufweisen. Auch enge Freundschaftsbeziehungen beeinflussen MiMü stärker als VoMü, allerdings ist hier nicht eindeutig, welche Wertigkeit dies in Bezug auf das psychische Befinden hat.



### Lebenszufriedenheit

Die Entscheidung die Varianzanalysen lediglich für die Lebenszufriedenheit durchzuführen und die übrigen Zufriedenheitsindices nicht zu berücksichtigen ergab sich daraus, dass zum einen in den Gruppenvergleichen mit Ausnahme der Zufriedenheit mit der Herkunftsfamilie, keinerlei signifikante Unterschiede zwischen MiMü und VoMü gefunden werden konnten und zum anderen, weil die globale Lebenszufriedenheit („*life satisfaction*“) in der internationalen Literatur häufiger untersucht wird und als stabiler gilt, als Zufriedenheitsangaben aus anderen Lebensbereichen (Bergold et al., 2015). Die Messung der Zufriedenheitsindices erfolgte bei allen hier zitierten Arbeiten mittels Selbstbeurteilung. Allerdings unterscheiden sich die Instrumente zur Selbstbeurteilung je nach zitierter Arbeit (*Rubin Bilder; genutzt in der vorliegenden Studie; World Health Organization Quality-of-Life BREF-questionnaire, Van der Sanden et al., 2016; General Life Satisfaction Scale, genutzt von Bergold et al., 2015*), so dass die Vergleichbarkeit der Ergebnisse hierdurch etwas eingeschränkt ist. Der Aufbau der jeweiligen Skalen ist allerdings sehr ähnlich. Antwortmöglichkeiten weisen Eigenschaften eines Spektrums auf und ermöglichen damit abgestufte Aussagen zu Zufriedenheitsangaben, so dass trotz dieser Einschränkung eine gewisse Vergleichbarkeit gegeben ist.

Risiko- und Schutzfaktoren, die Einfluss auf die Lebenszufriedenheit nehmen, tun dies mit einer Ausnahme für MiMü und VoMü gleichermaßen. Liegt eine **psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie** vor, so reduziert sich die Lebenszufriedenheit nur für VoMü signifikant. Für MiMü bleibt sie nahezu unverändert. Als Erklärung für dieses Ergebnis, kann die mit einer psychischen Erkrankung für nicht erkrankte Familienmitglieder assoziierte Stigmatisierung dienen (Van der Sanden et al., 2016; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse (2009). Van der Sanden et al. (2016) beschreiben in ihrer querschnittlichen Arbeit an 503 Familienmitgliedern psychisch Erkrankter aus den Niederlanden, dass sich deren Lebensqualität durch eine mit der psychischen Erkrankung ihrer Familienmitglieder assoziierte Stigmatisierung reduziert. Die Stigmatisierung nicht erkrankter Familienmitglieder schreiben Van der Sanden et al. (2016) der Tatsache zu, dass sie durch ihren Kontakt mit einem psychisch Erkrankten von der Gesellschaft, ebenso wie der eigentlich Erkrankte gemieden werden. Für MiMü ist durch die Mutterschaft als Jugendliche ohnehin eine gesellschaftliche Außenseiterstellung beschrieben (Ngum Chi Watts, 2015; Aujoulat et al., 2010; Collins, 2010; Hanna, 2001, I+II). Collins (2010) z.B. beschreibt, dass sich zwar für viele minderjährige Erstgebärende die gesellschaftliche Stigmatisierung im Zeitverlauf reduziert, sie aber vielfach noch lange Zeit nach Erreichen der Volljährigkeit wahrgenommen und als belastend empfunden wird. Es ist daher auf unsere Studie bezogen anzunehmen, dass eine zusätzliche gesellschaftliche Stigmatisierung durch eine psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie für MiMü keine Mehrbelastung darstellt. Van der Sanden et al. (2016)

erwähnen neben dem Faktor „*Stigmatisierung*“ noch einen weiteren Faktor, der negativen Einfluss auf die Lebensqualität hat, nämlich den der familiären Belastung „*family burden*“ (Van der Sanden et al., 2016, S. 1233). Als familiäre Belastungen, die als Folge einer psychischen Erkrankung eines Familienmitglieds auftreten, werden u.a. finanzielle Probleme, berufliche Einschränkungen, Sorge um die erkrankte Person und Familienstreitereien genannt (Van der Sanden et al., 2016, S.1233). Wir haben in den Gruppenvergleichen (s. 8.6.1 und 8.6.2) bereits nachgewiesen, dass MiMü im Vergleich zu VoMü häufiger in Armut leben, häufiger getrennt lebende biologische Eltern haben und insgesamt auch eine deutlich erhöhte Risikofaktorenbelastung bei geringerer Ressourcenlage aufweisen. Wir haben außerdem gezeigt, dass MiMü eine deutlich erhöhte aktuelle subjektive Belastung aufweisen (vgl. 8.7.2). Es ist daher anzunehmen, dass MiMü entweder viele der familiären Belastungen teilen, die mit einer psychischen Erkrankung bei einem engen Familienmitglied assoziiert sind, oder aber durch ihren Status als MiMü eine Menge anderer Belastungen aufweisen, deren negative Wirkung auf die Lebenszufriedenheit sich durch den zusätzlichen Risikofaktor einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie zumindest nicht verstärkt. Die Tatsache, dass eine psychische Erkrankung bei einem engen Familienmitglied einen deutlichen zufriedenheitsmindernden Effekt auf VoMü, nicht aber auf MiMü hat, mag somit darauf zurückzuführen sein, dass das Vorliegen dieses Risikofaktors bei VoMü durch seine Assoziation mit weiteren Risikofaktoren ( „*family burden*“ und „*stigmatization*“, Van der Sanden et al., 2016) überhaupt erst zu einer Risikosituation führt. Dies steht im Einklang mit der Arbeit von Wille et al. (2008), die beschreiben, dass eine psychiatrische Erkrankung bei einem Elternteil einen negativen Effekt auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat und dabei insbesondere hervorheben, dass Risikofaktoren nicht isoliert auftreten. Sie beschreiben, dass die Vulnerabilität des Individuums mit der Anzahl an Risikofaktoren und der Dauer der Risikofaktorenexposition steigt (Wille et al., 2008). Dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung in der Herkunftsfamilie, in einem sonst eher risikoarmen Umfeld dazu führt, dass die ihm ausgesetzten Personen eher unzufrieden sind und möglicherweise mit ihrem Schicksal hadern, ist für VoMü durchaus vorstellbar und mag erklären, dass die Lebenszufriedenheit von VoMü mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied weit unter der Lebenszufriedenheit minderjähriger Mütter liegt.

### **Aktuell empfundene subjektive Belastungsintensität (GSI)**

In der internationalen Literatur ist für minderjährige Erstgebärende eine vermehrte Stressorenbelastung beschrieben (Rosetto et al., 2014; Spicer et al., 2013; Henretta et al., 2008; Friedrich et al., 2005; Musick, 1993). Rosetto et al. (2014) beispielsweise beschreiben in ihrer 430 minderjährige Mütter einschließenden, brasilianischen Studie eine hohe Prävalenz für psychischen Stress bei minderjährigen Müttern. Wir haben auch für die

vorliegende Studie bereits nachgewiesen und diskutiert (s. unter 3.4 und 4.4), dass bei MiMü eine signifikant höhere Belastung als bei VoMü besteht. Nachfolgend wird ermittelt, welche Faktoren einen besonderen Einfluss auf die aktuell empfundene subjektive Belastungsintensität, als Parameter für die zum Interviewzeitpunkt bestehende psychische Belastung im Sinne eines „state“ Merkmals, d.h. mit zeitlich nicht notwendigerweise stabilen Qualitäten, nehmen.

Bei Vorliegen des Risikofaktors „**Gewalterfahrung**“, verstärkt sich die bei MiMü im Vergleich zu VoMü bereits erhöhte subjektive Belastungsintensität nochmals signifikant. Auffällig an diesem Befund ist, dass zwar für beide Gruppen durch das Vorliegen einer „**Gewalterfahrung**“ die aktuell empfundene Belastungsintensität steigt, sie für MiMü **ohne** Gewalterlebnis aber bereits so hoch liegt, wie für VoMü **mit** positiver Gewaltanamnese. Dass die minderjährige Mutterschaft in Bezug auf die Wahrnehmung der aktuell empfundenen Belastungsintensität für volljährige Mütter vergleichbar mit der Wirkung ist, die eine Gewalterfahrung auf VoMü hat, ist ein extremer Befund. Zahlreiche Studien belegen die Assoziation von Gewalterfahrungen mit psychischer Belastung (Nilsson et al., 2015; Ngum Chi Watts, 2015; Yale Dvir et al. 2014; Spicer et al., 2013; Schlack & Hölling, 2007). Nilsson et al. (2015) zeigen in ihrer retrospektiven Studie an einer psychisch gesunden Stichprobe, dass 97% ihrer Studienteilnehmer zumindest ein potenziell traumatisches Erlebnis in ihrer Anamnese aufweisen, dass aber das Risiko psychischer Auffälligkeiten mit der Anzahl erlebter Traumata linear steigt. Sie benennen Frauen in der Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren mit multiplen traumatischen Lebensereignissen als besondere Risikogruppe für psychische Belastungen. In diese vulnerable Phase fallen MiMü in der vorliegenden Studie. Sie sind zum Interviewzeitpunkt im Mittel 21 Jahre alt (SD = 4,05 Jahre). In internationalen Studien wird vielfach darauf hingewiesen, dass bei Menschen, die einmal zum Opfer von Gewalt werden auch ein erhöhtes Risiko für weitere Gewalterfahrungen besteht (Nilsson et al., 2015; Schlack & Hölling, 2007). Yael Dvir et al. (2014) beschreiben in ihrer Metaanalyse, dass in der Kindheit erlebte Gewalt über die Kindheit hinaus, das Vorkommen multipler psychischer Störungen (z.B. emotionale Dysregulation, PTSD, Persönlichkeitsstörungen u.v.m.) induzieren kann. Sie bestätigen damit eine Reihe weiterer Studien, die für die Gewalterfahrung gravierende Auswirkungen auf die körperliche und mentale Befindlichkeit beschreiben (Ngum Chi Watts, 2015; Spicer et al., 2013; Schlack & Hölling, 2007). Veigel-Maruschke (2015) weist in ihrer Arbeit, die ebenfalls dem Projekt „*Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft*“ zuzuordnen ist nach, dass unsere MiMü „[...] jeweils hoch- bis höchstsignifikant häufiger traumatisiert [...]“ sind als VoMü und „[...] auch bezüglich des Schweregrads der Traumatisierungen [...] signifikant stärker betroffen [...]“ sind (Veigel-Maruschke, 2015, S. 66). Sie macht in diesem Zusammenhang allerdings besonders darauf aufmerksam, dass sowohl MiMü als auch VoMü geringere prozentuale Angaben zu den

untersuchten Traumata angeben, als in der internationalen Literatur sonst üblich sind und somit nicht geschlussfolgert werden kann, dass eine Gewaltanamnese in unserer Arbeit eine übergeordnete Rolle für die Bedingungen einer minderjährigen Mutterschaft darstellt (Veigel-Maruschke, 2015).

Das Erleben von Gewalt gilt zwar als besonders traumatisches, aber nicht als einziges traumatisches Erlebnis für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten. Aus den Biografien der minderjährigen Erstgebärenden lassen sich durch ihre vermehrte Risikofaktorenbelastung und geringere Schutzfaktorenauslastung potenzielle Traumata ableiten (z.B. Trennung der Eltern: ja - MiMü 63,6%, VoMü 25,7; Armut: ja – MiMü 85,5%, VoMü 31%, Risikofaktorenkumulation, etc.; siehe unter 4.1 und 4.2). Dies könnte MiMü auch ohne Gewalterfahrung zu einer Risikopopulation für traumatische Erfahrungen machen und die hohen Angaben zur aktuell empfundenen Belastungsintensität bei MiMü ohne „Gwalterfahrung“ im Vergleich zu VoMü mit „Gwalterfahrung“ erklären. Im Unterschied zur Arbeit von Veigel-Maruschke (2015), wurde in dieser Arbeit aufgrund der Vielzahl bereits untersuchter Variablen darauf verzichtet, die erlebte Gewalt weiter nach Art (psychisch, physisch, sexuell), Zeitpunkt (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) und Häufigkeit (einmalig, mehrfach) zu unterscheiden. Mit diesem Verzicht geht einher, dass die in dieser Arbeit von zwei verschiedenen Personen angegebene Gewalterfahrung, sich in ihrem Einfluss auf das psychische Befinden erheblich unterscheiden kann. Dies könnte erklären, warum die Belastungsangaben von MiMü ohne Gewalterlebnisse mit den Angaben von VoMü mit Gewalterfahrung vergleichbar sind, nämlich dann, wenn man annimmt, dass die für VoMü insgesamt erlebte Gewalt, z.B. durch Unterschiede in Art, Zeitpunkt und/oder Häufigkeit der erlittenen Gewalt, insgesamt einen geringeren negativen Einfluss auf das psychische Befinden hat, als es bei der von MiMü insgesamt erlebten Gewalt der Fall ist. Eine weitere Erklärung für die im Vergleich zu internationalen Studienergebnissen niedriger liegenden Angaben zu Gewalterfahrungen bei MiMü und VoMü, könnte darin gesehen werden, dass in der vorliegenden Arbeit zwar nach einer Gewalterfahrung gefragt wurde, hierfür aber keine konkreten Beispiele genannt wurden. Dies ist insofern relevant, als Thombs (2006) in seiner Arbeit an ca. 1900 StudienteilnehmerInnen nachweist, dass Gewalterlebnisse (körperlich, emotional, sexuell) etwa doppelt so häufig angegeben werden, wenn konkrete Beispiele für das Gewalterlebnis genannt werden ( z.B. „[...]schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug[...]“ ; aus dem Childhood-Trauma-Questionnaire, zitiert bei Thombs, 2006 und Veigel-Maruschke, 2015) Auf unsere Studie übertragen bedeutet dies, dass unsere StudienteilnehmerInnen durch ein Fehlen solcher Beispiele selbst entscheiden was sie als Gewalterlebnis klassifizieren. Dass dies zu Verzerrungen im Sinne einer emotionalen Umdeutung der angegebenen Gewalt in Richtung einer Bagatellisierung oder eines Nicht-Angebens von Gewalt geht, z.B. aus einem

Schamgefühl heraus, ist möglich. Es ist jedoch auch nicht auszuschließen, dass Personen die erlebte Gewalt aggravierend, etwa um einen sekundären Krankheitsgewinn zu erzielen. Dass letzteres in der vorliegenden Arbeit in signifikantem Maße der Fall sein soll, ist angesichts der prozentual gesehen unterdurchschnittlichen Angabe von Gewalterlebnissen (Veigel-Maruschke, 2015, S. 69) eher unwahrscheinlich.

Zusammengefasst ergibt sich trotz o.g. Kritikpunkte in Bezug auf die Erfassung von Gewalterlebnissen in dieser Arbeit, dass die ermittelte Gewalterfahrung das psychische Empfinden, im Einklang mit Ergebnissen der internationalen Literatur signifikant und negativ beeinflusst. Eine Bagatellisierung der erlebten Gewalt ist somit für die Gruppe der VoMü nicht zulässig, selbst wenn unsere Ergebnisse zeigen, dass das psychische Befinden für MiMü durch ihre Gewalterfahrungen stärker negativ beeinflusst wird. Unsere Ergebnisse zeigen aber genauso, dass die Belastungen, die mit der minderjährigen Mutterschaft einhergehen, ebenfalls nicht bagatellisiert werden dürfen, da sie auf die subjektiv wahrgenommene Belastungsintensität von MiMü einen ähnlich starken Einfluss haben, wie sie eine Gewalterfahrung auf die subjektiv empfundene Belastungsintensität der sonst psychosozial weniger benachteiligten VoMü hat.

Liegt eine *psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie* vor, erhöht sich die aktuell empfundene Belastungsintensität nur bei VoMü, auf MiMü hat sie keinen signifikanten Einfluss. Dies steht im Einklang der unter 4.6 zur Lebenszufriedenheit bereits diskutierten Annahme, dass sich die Lebenszufriedenheit bei MiMü durch eine psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie nicht wesentlich reduziert, weil sie keine signifikante zusätzliche Belastung darstellt. Diese Argumentation ist auch in Bezug auf die aktuell empfundene Belastungsintensität plausibel und wird daher an dieser Stelle nicht erneut diskutiert.

### **Persönlichkeitsstile**

Eine der Grundhypothesen dieser Arbeit ist, dass bei Personen mit prämorbidem Persönlichkeitsstilen die Manifestation einer Persönlichkeitsstörung im Sinne des Diathese-Stress-Modells (s. Abbildung III & IV) durch äußere Einflüsse und die Vulnerabilität des Individuums beeinflusst wird. Vor diesem Hintergrund hat die Ermittlung von Einflussfaktoren auf das psychische Befinden eine hohe Relevanz für Prävention und Therapie.

Eine *psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie* bewirkt bei VoMü, dass sie sich selbst vermehrt Charakteristika des Loyalen Persönlichkeitsstils bzw. der Abhängigen Persönlichkeitsstörung zuschreiben. Auf MiMü zeigt eine familiäre Belastung durch eine psychische Erkrankung, wie schon bei den Berechnungen zur Lebenszufriedenheit und der aktuell empfundenen Belastungsintensität keinen signifikanten Einfluss. Die Argumentation unter 4.6, zur Lebenszufriedenheit und Belastungsintensität, gilt unserer Auffassung nach auch hier und wird daher nicht erneut diskutiert.

Eine *psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend* hingegen führt nur bei MiMü zu einem signifikanten Anstieg von Angaben zu Merkmalen des Liebenswürdigen Persönlichkeitsstils bzw. der Histrionischen Persönlichkeitsstörung. Ein wesentliches Charakteristikum des Liebenswürdigen Persönlichkeitsstils und der Histrionischen Persönlichkeitsstörung in seiner Übersteigerung, ist die Sexualisierung zwischenmenschlicher Beziehungen (Novais et al., 2015; Kuhl & Kazén, 2009). Dass ein solcher Persönlichkeitsstil bei MiMü vermehrt vorliegt und stärkere Ausprägungen zeigt, ist nicht abwegig, da sie als Ergebnis ihres Sexualverhaltens früh Mütter geworden sind. Es stellt sich somit die Frage, ob die frühe Mutterschaft bei MiMü möglicherweise bereits als eine Folge des Vorliegens einer entsprechenden Persönlichkeitsakzentuierung eingetreten sein könnte, oder ob sie sich möglicherweise auch aus dem Zusammenspiel einer psychischen Erkrankung in Kindheit/Jugend und der minderjährigen Mutterschaft entwickelt haben könnte. Da nur 17 Frauen aus unserer Stichprobe (VoMü und MiMü) eine psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend angegeben haben, ist dieser Erklärungsansatz nicht als ausschlaggebender Faktor für das Eintreten der minderjährigen Mutterschaft in unserer Stichprobe zu werten. Zusammenhänge von psychischen Erkrankungen in Kindheit/Jugend und der späteren Entwicklung einer Histrionischen Persönlichkeitsstörung bzw. –akzentuierung lassen sich bei einer Literaturrecherche nicht finden. Stattdessen finden sich Studien, die die Bedeutung der Histrionischen Persönlichkeitsstörung aufgrund fehlender Trennschärfe zu anderen Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline Persönlichkeitsstörung (Novais et al., 2015) insgesamt in Zweifel ziehen (Sulz, 2010) und eine, die fordert sie aus dem DSM-System zu streichen (Bakkevig et al, 2010). Es stellt sich somit die Frage, ob, wenn die Histrionische Persönlichkeitsstörung auch als Ausdruck einer Borderline Persönlichkeitsstörung verstanden werden kann (Sulz, 2010), die erhöhten Angaben von MiMü zum Liebenswürdigen Stil nicht auch als Akzentuierung eines Spontanen Persönlichkeitsstils verstanden werden können. Im 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung (2009, S. 89-90) wird zwar beschrieben, dass etwa die Hälfte aller in der Kindheit diagnostizierten psychischen Erkrankung sich zurückentwickeln, jedoch bei den übrigen 50% ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung insbesondere von Bindungsstörungen bis hin zu Borderline Persönlichkeitsstörungen besteht. Dies kann als Unterstützung für die Annahme gewertet werden, dass die erhöhten Angaben liebenswürdiger Persönlichkeitseigenschaften bei MiMü mit einer psychischen Erkrankung in Kindheit/Jugend auch als Ausdruck einer Borderline Symptomatologie verstanden werden können. Ein weiterer Faktor, für den in der Literatur eine Assoziation mit der Borderline Persönlichkeitsstörung belegt ist, ist der Substanzabusus (Brüne, 2016; De Genna et al., 2012; Distel et al., 2012; Eaton et al., 2011). In unserer Arbeit haben wir bereits nachgewiesen (s. unter 8.6.1), dass 90% der MiMü in Kindheit/Jugend Nikotin konsumierten und damit weit

über dem Bundesdurchschnitt der Jahre 1979 bis 2014 liegen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015), womit sie eine Hochrisikogruppe für die negativen Folgen des Tabakkonsums in der Jugend bilden. Zu diesen negativen Folgen gehören neben einem erhöhten kardiovaskulären und respiratorischen Risiko unter anderem auch eine Assoziation mit psychiatrischen Erkrankungen. Potvin et al. (2015) z.B. beschreiben in ihrer Metaanalyse eine Assoziation von Nikotinabusus mit impulsiven Persönlichkeitsmerkmalen und beklagen, dass in internationalen Studien bislang nur unzureichend auf den Zusammenhang zwischen Nikotinabusus und psychischen Erkrankungen, die vielfach Zeichen von Impulsivität aufweisen, eingegangen wird. Unsere Berechnungen ergeben, dass die Assoziation von Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes mit „*Nikotinabusus in Kindheit/Jugend*“ zu signifikant erhöhten Angaben zu paranoiden und Borderline Persönlichkeitsmerkmalen führt. Insbesondere für Borderline Persönlichkeitscharakteristika wird das Vorliegen von Impulsivität als zentrales Merkmal beschrieben. Damit werden auch Ergebnisse aus der internationalen Literatur bestätigt, die eine besondere Vulnerabilität des noch nicht ausgereiften Organismus bei Kindern und Jugendlichen für die im Tabak enthaltenen Noxen beschreiben (Lampert & Kuntz, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2012). Aus diesen Ergebnissen ergeben sich zwei Fragen. Erstens, warum betrifft der negative Effekt von Nikotinkonsum in Kindheit und Jugend vor allem das psychische Befinden von MiMü und weniger das der VoMü? Zweitens, spielt der Nikotinabusus in Kindheit/Jugend eine Rolle in der Entstehung psychischer Erkrankungen oder ist er eher als eine Form der Selbstmedikation bei bereits bestehender bzw. subklinischer psychischer Erkrankung einzustufen? Eine mögliche Antwort auf die erste Frage ist, dass MiMü in unserer Studie womöglich früher mit dem Nikotinabusus begonnen haben und womöglich größere Mengen konsumiert haben als VoMü. Wir haben in dieser Arbeit lediglich erfasst, ob in Kindheit/Jugend Nikotin konsumiert wurde, nicht aber in welcher Häufigkeit und ab welchem Alter. Diese Fragen wurden jedoch in der ebenfalls zum Projekt „Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft“ zugehörigen Arbeit von Veigel-Maruschke (2015) untersucht und haben ergeben, dass MiMü etwa 2 Jahre früher als VoMü mit dem Nikotinabusus begannen und darüber hinaus in Kindheit/Jugend auch einen quantitativ stärkeren Nikotinabusus betrieben (Veigel-Maruschke, 2015, S. 70 -71). In der Metaanalyse des amerikanischen Gesundheitsministeriums zur Prävention von Nikotinabusus in Kindheit und Jugend wird der Dauer des Nikotinabusus und der konsumierten Menge eine große Bedeutung für die Entwicklung o.g. negativer Folgen des Tabakkonsums beigemessen (U.S. Department of Health and Human Services, 2012, S.29 ) und so ist für MiMü durchaus plausibel, dass sich die negativen Folgen des Nikotinabusus bei ihnen stärker auswirken als bei VoMü. Eine Antwort auf die zweite Frage ist schwieriger. Auch in der Metaanalyse des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums (U.S. Department of Health and Human Services,

2012, S. 28) wird angemerkt, dass bislang nicht klar ist, inwiefern der Tabakkonsum den Eintritt einer psychischen Erkrankung begünstigt, oder aber Ausdruck einer Selbstmedikation bei unzureichend oder unbehandelter psychischer Grunderkrankung ist. Nachgewiesen ist nur, dass ein signifikanter Anteil jugendlicher Raucher psychiatrische Komorbiditäten aufweist (U.S. Department of Health and Human Services, 2012, S. 27). Chapman & Wu (2014) geben in ihrer Metaanalyse zum Substanzmissbrauch bei minderjährigen Müttern an, dass der Substanzabusus zu einem großen Teil als eine Form von Selbstmedikation bei bereits vorliegenden psychischen Problemen, wie beispielsweise Depressionen aufzufassen ist. Sie stellen außerdem fest, dass die Prävalenz von Substanzabusus auch bei Erreichen des Erwachsenenalters für die ehemals minderjährigen Mütter relativ stabil bleibt. Dies bestätigen auch De Genna et al. (2009) und Gilmore et al. (2006), indem sie in ihren longitudinal geführten Studien eine hohe Persistenzrate insbesondere für Nikotinabusus bei minderjährigen Erstgebärenden nachweisen. Ein fortgeführter Substanzabusus wiederum zeigt eine Tendenz zur Eskalation hin zum Abusus größerer Mengen und/oder verschiedener Substanzen und stellt zum anderen in Form von Selbstmedikation bei psychischen Belastungen auch eine negative Coping Strategie dar, die zusätzliche negative Folgen auf das psychische Befinden hat z.B. indem oftmals zugrundeliegende psychische Probleme unzureichend oder gänzlich unbehandelt bleiben (Chapman & Wu, 2014; U.S. Department of Health and Human Services, 2012, S. 27-28; De Genna et al., 2009; Gilmore et al., 2006). Somit mag zwar eine psychische Grunderkrankung den Nikotinabusus eingeleitet haben, durch die Assoziation des Nikotinabusus mit einer Reihe weiterer Risikofaktoren (s.o.) erhöht sich jedoch die psychopathologische Komorbidität weiter. Insbesondere für die Borderline Persönlichkeitsstörung sind Assoziationen mit Substanzabusus und einer Bandbreite psychischer Komorbiditäten v.a. des depressiven Formenkreises (Brüne, 2016; De Genna et al., 2012) und in Bezug auf Angststörungen (Harned & Valenstein, 2013) beschrieben. In Hinblick auf die o.g. hohen Prävalenzen psychiatrischer Komorbiditäten bei Personen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung, ist es auch möglich, dass die bei MiMü in den Gruppenvergleichen und Varianzanalysen wiederholt auffälligen Parameter in Bezug auf paranoide und antisoziale Persönlichkeitseigenschaften Ausdruck einer psychiatrischen Komorbidität bei zugrundeliegender Borderline Symptomatik sind. Ansonsten stellen sie zumindest Überschneidungsbereiche zwischen verschiedenen Persönlichkeitsstörungen dar, die die bereits einleitend erwähnte Forderung von Durbin & Hicks (2014), die Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen neu zu gestalten, sinnvoll erscheinen lassen.

Unter „**Gewalterfahrung**“ werden in der vorliegenden Arbeit erlebte sexuelle, physische sowie psychische Traumata gewertet, die während der Kindheit, Jugendzeit oder später erlebt wurden. Dass eine Gewaltanamnese mit einer großen Bandbreite psychischer Auffälligkeiten assoziiert ist, belegen zahlreiche Arbeiten (Dvir et al., 2014; Grover et al., 2007; Maercker &



Hecker, 2015). Grover et al. (2007) weisen in ihrer querschnittlichen Studie an einem gesunden Patientenkollektiv nach, dass retrospektiv erhobene Angaben zu Gewalterfahrungen in Kindheit/Jugend mit einem breiten Spektrum von subklinischen Persönlichkeitsstörungen assoziiert sind. Es ist unter Verweis auf die Studie von Nilsson et al. (2015) bereits argumentiert worden, dass sich aus den Biografien der minderjährigen Erstgebärenden, durch ihre vermehrte Risiko- und geringere Schutzfaktorenauslastung potenzielle Traumata ableiten lassen und sich MiMü damit womöglich bereits ohne das Erleben von Gewalt zu einer Risikogruppe für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten machen. Hierfür spricht, dass VoMü zwar nach Trauma erhöhte Ausprägungen in den untersuchten Persönlichkeitsstilen aufweisen, ähnlich hohe Angaben jedoch bei MiMü bereits oft ohne Gewaltanamnese vorliegen (s. Anhang unter 8.7.3). Unsere Ergebnisse zeigen darüber hinaus, dass sich für MiMü mit positiver Gewaltanamnese der Ausprägungsgrad der untersuchten Persönlichkeitsstile weiter erhöht. Es wird damit eine weitere Aussage aus der Arbeit von Nilsson et al. (2015) bestätigt, die für das Erleben von Traumata mit jeder zusätzlichen traumatischen Erfahrung einen linearen Anstieg der psychischen Auffälligkeiten beschreiben. Dies deckt sich auch mit den bereits diskutierten Ergebnissen der Arbeit von Veigel-Maruschke (2015), die für MiMü signifikant höhere und stärkere Traumatisierungsraten feststellt als für VoMü, wenngleich beide Gruppen unter den in der Normalbevölkerung angegebenen Prozentangaben liegen. Nichtsdestotrotz sind MiMü mit „*Gewalterfahrung*“ angesichts der unter 4.6 zur Belastungsintensität diskutierten Kritikpunkte bei der Erhebung der Gewaltanamnese innerhalb der Gruppe minderjähriger Erstgebärender als besonders vulnerable Subgruppe für Störungen des psychischen Befindens zu charakterisieren. In unseren Berechnungen führt der Risikofaktor „*schlechte Schulleistungen*“ bei VoMü zu einem signifikanten Anstieg antisozialer und schizoider Persönlichkeitsmerkmale. Die Angaben von MiMü zu den in dieser Arbeit untersuchten Persönlichkeitscharakteristika werden durch schlechte Schulleistungen nicht wesentlich beeinflusst. Eine Erklärung dafür ist möglicherweise, dass MiMü, für die in der Literatur vielfach schlechte akademische Leistungen beschrieben sind (Ngum Chi Watts et al., 2015; Collins, 2010; Henretta et al., 2008; Hannemann, 2007; Bonell et al., 2005; Krebs-Remberg, 2005; Araj, 2003; Hanna, 2001, I+II; Musick, 1994), ihre durch eine Vielzahl von Risikofaktoren bedingte, schlechtere Ausgangslage und daraus möglicherweise resultierende Perspektivlosigkeit durch schlechte Schulleistungen unter Umständen nicht weiter verschlechtert sehen.

Der Schutzfaktor „*eigener Verdienst*“ reduziert bei MiMü die Selbstzuschreibung von Borderline Persönlichkeitsmerkmalen signifikant, während er bei VoMü keinen signifikanten Einfluss zeigt. Für diesen Schutzfaktor ist beschrieben, dass ihm bezüglich des psychischen Wohlbefindens eine große Bedeutung zukommt, indem er den sozioökonomischen Status hebt, das Selbstbewusstsein und die soziale Teilhabe stärkt (Hayton, 2002; Evans & Repper,

2000). Damit wird ihm auch eine Rolle in der Ausbildung resilienter Merkmalszüge beigemessen (Bancroft, 2004). Darüber hinaus beschreibt Taylor (2001) in ihrer US-amerikanischen Kohortenstudie, dass die Werkstätigkeit, selbst wenn es sich um eine Tätigkeit im Niedriglohnsektor handelt, zumeist mit einer positiven Wertigkeit besetzt ist und mit geringeren Raten an depressiven Symptomen assoziiert ist. Nur etwa ein Drittel unserer MiMü sind werktätig (vgl. 8.6.2). Unsere bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass MiMü verstärkt unter einem Gefühl der gesellschaftlichen Stigmatisierung leiden und eine erhöhte Vulnerabilität für Störungen des psychischen Befindens im Sinne von Erkrankungen des depressiven Formenkreises aufweisen (vgl. 8.7.3). Die Bedeutung eines Schutzfaktors, der sich gerade auf die Bereiche psychischer Belastung günstig auswirkt, für die MiMü eine besondere Vulnerabilität aufweisen, ist daher nicht zu unterschätzen. Allerdings werfen die Autoren der o.g. Arbeiten selbst die Frage auf, inwiefern dieser Schutzfaktor nicht von vorneherein bei psychisch weniger belasteten Menschen häufiger vorkommt (Hayton, 2002; Taylor, 20001; Evans & Repper, 2000). Es ist durchaus vorstellbar, dass Personen, die z.B. ein höheres Maß an depressiver Symptomatik, ein geringes Selbstwertgefühl, ein Gefühl des Aussenseitertums oder ähnliches aufweisen, möglicherweise auch die Hürden, die der Einstieg in das Berufsleben und die der berufliche Alltag darstellen, als höher und im Extremfall als nicht überwindbar wahrnehmen. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei den in dieser Arbeit untersuchten Frauen nicht um eine Gruppe psychisch Erkrankter handelt, ist für den Großteil unserer MiMü nicht anzunehmen, dass der Eintritt in die Berufstätigkeit sie vor eine unüberwindbare Hürde stellt.

Es besteht sicherlich weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich der Wechselwirkungen zwischen Arbeitstätigkeit und psychischer Befindlichkeit bei minderjährigen Erstgebärenden, insbesondere im Rahmen von longitudinalen Studien. Aber auch wenn wir davon ausgehen, dass die Arbeitstätigkeit und das psychische Befinden sich im Sinne des Diathese Stress Modells bipolar beeinflussen (s. Einleitung, S.9), ist durch die Ergebnisse unsere Varianzanalysen anzunehmen, dass MiMü ihre Vulnerabilität durch die positiven Effekte, die mit einem eigenen Verdienst assoziiert sind, nicht nur reduzieren können, sondern ihr psychisches Befinden stärken, etwa indem sie neue Schutzfaktoren generieren.

Positive Freundschaftserlebnisse stellen einen Schutzfaktor für die psychische Gesundheit dar, indem sie zur Entwicklung sozialer Ressourcen beitragen (Collins, 2010; Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2009; Fergus & Zimmermann, 2005) und in Form eines unterstützenden Netzwerks (z.B. Übernahme von Kinderbetreuung, gedanklicher Austausch) das Erreichen höherer Ausbildungsziele fördern (Hanna, 2001, I). Als Erfolge enger Freundschaftsbeziehungen werden eine geringere Rate von Aggressivität, Ängstlichkeit und Internalisierungsstörungen sowie höhere Angaben zu psychischem Wohlbefinden und prosozialem Verhalten genannt (Bengel et al., 2009). Für MiMü geht das Vorliegen des

Schutzfaktors „*enge Freunde*“ mit einer deutlichen Erhöhung der Selbstzuschreibung loyaler bis abhängiger Persönlichkeitsmerkmale einher, während sich bei VoMü entsprechende Angaben reduzieren. Eine mögliche Erklärung für diesen Unterschied könnte die in der Literatur beschriebene Außenseiterstellung von MiMü (Ngum Chi Watts, 2015; Aujoulat et al., 2010; Collins, 2010; Hanna, 2001, I+II) sein, die dazu führen könnte, dass Bindungen zu Bezugspersonen sozusagen kompensatorisch durch ein erhöhtes Maß an loyalen Verhalten charakterisiert sind. Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass in der vorliegenden Studie das Vorhandensein und Fehlen enger Freundschaften abgefragt wurde, die Qualität dieser Freundschaften aber nicht untersucht wurde. Das heißt, enge Freundschaften können theoretisch auch negative Auswirkungen haben. In einigen Arbeiten wird dies berücksichtigt, z.B. bei Oberle et al. (2011), die von positiven Freundschaftserfahrungen sprechen. Es könnte also sein, dass die Freundschaften von MiMü auch destabilisierenden Charakter in Bezug auf ihr psychisches Befinden haben. Erklärungen für einen negativen Einfluss von Freundschaftserfahrungen liefern u.a. Bengel et al. (2009), die in ihrer Arbeit auf Studien hinweisen, die beschreiben, dass „[...] *Kontakte zu Jugendlichen, die nicht prosozial ausgerichtet sind auch vulnerabilisierende Effekte haben können* [...]“ (Bender & Lösel, 1997; Masten & Coatsworth, 1998; zitiert bei Bengel et al., 2009, S. 111). Eine andere Erklärung mag im Vorliegen des Loyalen Persönlichkeitsstils selbst liegen, für den Kuhl & Kazén (2009) auch eine opportunistische Komponente annehmen. Diese zeige sich daran, dass sich das bei Loyalen Persönlichkeitsstil typische Verhalten weniger auf die immer gleiche Person bezieht, sondern sich je nach Situation auf eine als stark wahrgenommene Persönlichkeit richtet (Kuhl & Kazén, 2009, S. 24). Allerdings gehen wir angesichts der in der Interviewvariable 181 (s. unter 8.2.5) abgefragten und als überdurchschnittlich hoch festgestellten Zufriedenheit (s. unter 8.7.1) mit Freundschaften nicht davon aus, dass sie sich zwangsläufig negativ auf MiMü auswirken. Wir nehmen eher an, dass es sich bei den engen Freundschaften der MiMü auch insgesamt um positive Freundschaftsbeziehungen handelt. Wenn diese engen Freundschaften für MiMü also eine positive Wertigkeit haben und sie den Ausprägungsgrad loyaler/abhängiger Persönlichkeitsmerkmale erhöhen, so kann davon ausgegangen werden, dass diese Persönlichkeitseigenschaften entweder keinen destabilisierenden Charakter haben, oder Personen, die hohe Angaben zu loyalen bis abhängigen Persönlichkeitscharakteristika aufweisen, womöglich stärker bemüht sind, sich enge Bezugspersonen zu suchen. Es kann an dieser Stelle nicht abschließend geklärt werden, welchen Einfluss enge Freundschaften auf MiMü haben. Um dies weiter zu erforschen wäre für die in Phase III des Projekts „*Bedingungen und Folgen der minderjährigen Mutterschaft*“ die Messung der Qualität dieser Freundschaften sinnvoll.

#### 4.7. Grenzen der Arbeit und Ausblick

Während der Bearbeitung der vorliegenden Ergebnisse sind methodische und inhaltliche Probleme deutlich geworden, auf welche im Folgenden kritisch eingegangen werden soll. Das querschnittliche Design der vorliegenden Studie erlaubt lediglich Aussagen zum aktuellen bzw. zu in der Vergangenheit liegenden Befunden, nicht aber Aussagen zu kausalen Zusammenhängen. Aussagen, die retrospektiv erhoben werden beinhalten ferner das Risiko einer Antwortverzerrung der erinnerten Situation durch angewandtes Coping („recall bias“). Um Aussagen zu kausalen Zusammenhängen zu ermöglichen, ist für die Phase 3 des Projektes *„Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft“* bereits ein längsschnittliches Studiendesign geplant. In dieser 3. Phase des Projekts soll auch geprüft werden, inwiefern die durch unsere Studie erhobenen Befunde bestätigt werden können.

Es ist noch auf die Ungleichverteilung der Stichprobe mit 101 minderjährigen vs. 75 volljährigen Primiparae aufmerksam zu machen, die durch die Exklusion von 26 mit minderjährigen Müttern hinsichtlich Nikotinkonsum, Partnerstatus und Bildungsgrad gematchten volljährigen Erstgebärenden nach Abschluss der Datengewinnung entstand. Dieser ist in Hinblick auf die Stichprobengröße und die Berechnungen relativer im Unterschied zu absoluten Häufigkeiten aber insgesamt als wenig bedeutsam einzustufen. Selbst wenn die Stichprobengröße von 176 Müttern in Hinblick auf die Tatsache, dass auch weniger häufige Risikofaktoren wie z.B. „Gewalterfahrungen“ oder „psychischer Erkrankungen in der Herkunftsfamilie“ abgefragt werden und sich manche Unterschiede zwischen MiMü und VoMü damit nur tendenziell zeigen, als einigermaßen klein einzustufen. Allerdings ist diese Arbeit, die über die Datensammlung von 176 Frauen an einem einzigen Interviewtermin eine Fülle von Informationen hinsichtlich der Lebensumstände, habituellem Coping und psychischem Befinden minderjähriger Mütter erhoben hat, deutschlandweit die erste Studie, die sich so intensiv mit den Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft beschäftigt. Der betriebene Aufwand, der insbesondere für die Rekrutierung von minderjährigen Erstgebärenden nötig war, verdeutlicht, dass seitens der angeschriebenen Frauen wenig Interesse an einer Studienteilnahme bestand. Es kann also argumentiert werden, dass diejenigen Frauen, die schließlich doch an der Studie teilnahmen, mit ihren Angaben zu den erfragten Themengebieten die Allgemeinheit der minderjährigen bzw. volljährigen Mütter nicht unbedingt repräsentieren. Auch die Tatsache, dass eine Aufwandsentschädigung von 50 Euro gezahlt wurde, spricht für ein Selektionsbias, der vermehrt sozioökonomisch benachteiligte Personen anspricht. Allerdings erklären sich tendenziell eher Menschen mit der Teilnahme an einer Studie bereit, die sich selbst als positives Beispiel sehen, womit ein weiterer Selektionsbias vorliegt, diesmal in Hinblick auf sozioökonomisch begünstigte Personen. Damit soll nicht gesagt sein, dass sich diese Selektionsbias gegenseitig aufheben, aber zumindest deutlich gemacht werden, dass für die Rekrutierung der Probandinnen dieser

Studie ein hoher Aufwand betrieben wurde, um eine möglichst realitätsnahe und damit repräsentative Stichprobe für die Untersuchungs- und Kontrollgruppe zu gewinnen. Insgesamt wäre eine größere Stichprobe zwar wünschenswert, angesichts des hohen Aufwands, der für die Rekrutierung der Studienteilnehmerinnen nötig war, aber kaum realisierbar.

Es ist einschränkend ebenfalls darauf hinzuweisen, dass die Datenerhebung ausnahmslos über Selbstbeurteilungsinstrumente erfolgte, deren Ergebnisse durch Antwortstile im Sinne sozialer Erwünschtheit, Fehlwahrnehmung, etc. verfälscht werden können (Stone et al. 1998, Todd, 2004). Ein weiteres Problem mit der Anwendung von Selbstbeurteilungsinstrumenten war die heterogene Altersstruktur der Stichprobe zum Untersuchungszeitpunkt (*MiMü: 15 - 32J.; VoMü: 21 - 45J.*). Für die Auswertung der verwendeten Fragebögen SVF-120, BSI und PSSI musste in Ermangelung einer passenden Standardisierungsstichprobe auf Auswertungsschablonen zurückgegriffen werden, deren Standardisierungsstichprobe näherungsweise der hier vorliegenden Stichprobe entsprechen. Dies macht aber wiederum deutlich, dass diese Studie sich im Bereich einer Forschungslücke bewegt. Überdies ist es ein Problem aller Erhebungsinstrumente, die auf subjektive Angaben der Studienteilnehmer beruhen, dass eine gewisse Unschärfe bei den Ergebnissen durch ungenaue Messmethoden besteht. Sie kann somit nie gänzlich ausgeräumt werden.

Als ein weiterer Nachteil ist möglicherweise auch die Vielzahl untersuchter Items zu sehen, aufgrund derer auf eine Einzelergebnisdarstellung verzichtet wurde. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt stattdessen auf den sich insgesamt aus den Ergebnissen ergebenden Tendenzen zu Wechselwirkungen zwischen psychosozialen Einflussfaktoren, Coping und der Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes auf das psychische Befinden unserer Studienteilnehmerinnen. Gleichzeitig ist der Umfang untersuchter Einflussfaktoren aber auch eine besondere Stärke der Arbeit, da sie die Komplexität widerspiegelt, die für die Entstehung von Störungen des psychischen Befindens auch realistisch ist.

Schlussendlich handelt es sich bei der vorliegenden Studie um ein lokal durchgeführtes Projekt, womit Einschränkungen hinsichtlich der überregionalen und globalen Übertragbarkeit der Ergebnisse anzunehmen sind. Allerdings macht genau dies auch die Notwendigkeit einer regionalen Studie deutlich, da die Übertragung der bisherigen Studienergebnisse auf die Situation in Mecklenburg-Vorpommern aus selbigem Grund ebenfalls eingeschränkt ist.

#### **4.8 Praktisches Fazit**

Insgesamt bestätigt unsere Arbeit die internationale Forschungslage, die minderjährige Mütter als psychosozial vermehrt belastet beschreibt, wenngleich methodikbedingt keine Rückschlüsse auf das Vorliegen behandlungsbedürftiger psychischer Störungen möglich sind. Sie zeigt im Gegensatz zu den meisten internationalen Arbeiten jedoch auf, welchen Einfluss

bestimmte psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren auf das psychische Befinden haben und weist damit auf Chancen hin, die sich aus einer Beeinflussung der untersuchten Einflussfaktoren auf das psychische Befinden minderjähriger Mütter ergeben.

So wäre es etwa empfehlenswert, dass bei minderjährigen Schwangeren und Erstgebärenden eine Art Screening bezüglich der in der vorliegenden Arbeit festgestellten, signifikanten Einflussfaktoren („*eigener Verdienst*“, „*Nikotinabusus in Kindheit/Jugend*“ sowie „*Gewalterfahrung*“) durchgeführt würde. Auf diese Weise könnten besonders vulnerable Subgruppen, wie MiMü mit einer positiven Anamnese für Gewalterfahrungen, frühzeitig identifiziert werden und Kontakte zu Unterstützungs- und ggf. Therapieangeboten hergestellt werden. Für traumatische Kindheitserfahrungen ist vielfach beschrieben, dass sie im Erwachsenenalter zu psychischen Belastungen, insbesondere zu Depressionen führen (Heim et al., 2010; zitiert bei Brunner et al., 2015). Sowohl für Mütter, die unter Depressionen leiden, als auch für minderjährige Mütter die traumatische Erlebnisse gemacht haben, ist beschrieben, dass sie im Umgang mit ihren Kindern eine reduzierte Sensitivität aufweisen (Brunner et al., 2015). Somit ergibt sich aus unseren Ergebnissen nicht nur für das psychische Befinden minderjähriger Erstgebärender, sondern auch für das ihrer Kinder eine therapeutische Relevanz. Bei entsprechender Anamnese wäre beispielsweise eine Mutter-Kind-Interventionstherapie, wie sie beispielsweise im Rahmen der UBICA-Studie erfolgt, sinnvoll (Brunner et al., 2015). Hierbei handelt es sich um ein Programm, dass mehrere Einzelsitzungen beinhaltet, an denen Mutter und Kind gemeinsam teilnehmen und in denen die Mutter über ein unmittelbares funkbasiertes Audio-Feedback, sowie in Live-Coach Sitzungen Hinweise erhält, die dabei helfen sollen eine „...*positive, herzliche Beziehung zwischen Mutter und Kind..*“ aufzubauen und die „... *die mütterliche Sensitivität im Umgang mit ihrem Kind...*“ verbessern (Brunner et al., 2015, S. 138).

Besonders sinnvoll scheint es außerdem, auf Chancen einzugehen, die die Berufstätigkeit MiMü bietet. In diesem Zusammenhang besteht noch Handlungsbedarf. Nur etwa 1/3 der interviewten MiMü waren zum Interviewzeitpunkt berufstätig. Sinnvoll wäre hier beispielsweise eine Förderung der Aus- und Weiterbildung von minderjährigen Erstgebärenden, z.B. durch geförderten Nachhilfeunterricht, damit höhere Schulabschlüsse erreicht und Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert werden können. Auch Unterstützungsangebote im Bereich der Kinderbetreuung (wie Ganztags-Kitas oder –schulen) wären sinnvoll, damit MiMü ihrer Ausbildung/Arbeit auch besser nachgehen können. Unsere Hoffnung ist es, mit der vorliegenden Arbeit an der Entstigmatisierung der minderjährigen Mutterschaft mitzuwirken, indem wir die besonderen Anpassungsleistungen dieser jungen Frauen hervorheben, die sie in Hinblick auf die sich ihnen zahlreich stellenden Herausforderungen, leisten.

Schließlich besteht noch Forschungsbedarf in Form einer longitudinalen Studie, die prüft, inwiefern die Ergebnisse dieser Arbeit reproduzierbar sind und Aussagen zu kausalen Zusammenhängen erlaubt.

## **5. Zusammenfassung**

Für die minderjährige Mutterschaft ist beschrieben, dass sie mit einem hohen psychosozialen Risiko verbunden ist und auch Jahrzehnte nach Eintreten der Mutterschaft ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung verschiedener psychischer Erkrankungen, insbesondere des depressiven Formenkreises, besteht. Vor diesem Hintergrund sind Bedingungen und Folgen der minderjährigen Mutterschaft von großer gesellschaftlicher Bedeutung.

In dieser Arbeit wird unseres Wissens nach erstmalig das Zusammenspiel von psychosozialen Risiko-/Schutzfaktoren und Stressbewältigungsstrategien auf das psychische Befinden minderjähriger Mütter untersucht.

Diese querschnittlich angelegte Studie entstammt einer Gesamterhebung mit einer Stichprobe von 176 Frauen. Entsprechend ihres Alters bei Geburt des ersten Kindes gelten Frauen unter 18 Jahren als minderjährige ( $n = 101$ ) und Frauen zwischen 18 und 34 Jahren als volljährige ( $n = 75$ ) Erstgebärende.

Die Daten dieser Arbeit wurden aus einem halbstandardisierten Interview, dem Stressverarbeitungsfragebogen (SVF-120), dem Persönlichkeitsstil- und -störungeninventar (PSSI) sowie dem Brief Symptom Inventory (BSI) generiert. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS über  $\chi^2$ -Tests, Man-Whitney-U-Tests, Korrelations- und Varianzanalysen.

Die Ergebnisse der Gruppenvergleiche zeigen, dass minderjährige (=MiMü) im Vergleich zu volljährigen Müttern (=VoMü) psychosozial stärker belastet sind. Auffällig ist hierbei, dass die erhöhte Risikofaktorenbelastung für MiMü sowohl kumulativ als auch in den einzelnen Lebensbereichen signifikant höher liegt als für VoMü. Auch die Ausprägung der Schutzfaktoren stellt sich für MiMü ungünstiger dar. Es bestätigt sich somit unsere Ausgangshypothese, die im Einklang mit der internationalen Studienlage für minderjährige Mütter das Vorliegen einer psychosozialen Mehrbelastung beschreibt.

Zur Anwendung von habituellen Stressbewältigungsstilen bei minderjährigen und volljährigen Erstgebärenden gibt es nach unserer Kenntnis bislang keinerlei Forschung. Für emotionszentrierte und negative Copingstile ist in der Literatur vielfach ein negativer Einfluss auf das psychische Befinden beschrieben. Vor dem Hintergrund einer in der Literatur beschriebenen psychischen Mehrbelastung aufseiten der MiMü war unsere Ausgangshypothese daher, dass MiMü auch vermehrt emotionszentriertes und negatives Coping anwenden. Unsere Ergebnisse bestätigen dies. Darüber hinaus ergibt sich, dass MiMü ein sehr viel breitgefächertes Arsenal an Copingstilen anwenden als VoMü. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass MiMü sich in einer erhöhten Belastungssituation befinden und zur Stressorenbeseitigung daher auf

viele verschiedene Bewältigungsstrategien zurückgreifen müssen. Eine andere Erklärung ist, dass MiMü im Rahmen eines Ressourcenmangels weniger potente Copingstrategien zur Verfügung haben und daher sozusagen kompensatorisch eine größere Anzahl verschiedener, eher unreifer Copingstile nutzen. Es wurden Korrelationsberechnungen durchgeführt, um zu explorieren, ob habituelles Coping einen moderierenden Charakter auf das psychische Befinden hat und ob es durch die Minderjährigkeit bei Geburt des ersten Kindes beeinflusst wird. Aus diesen Berechnungen wird vor allem deutlich, wie variabel die Korrelationen zwischen Coping und psychischer Belastung sind. Sowohl für MiMü als auch für VoMü zeigen sich unerwarteterweise positive Korrelationen zwischen als positiv eingestuften Copingstilen und der Angabe psychischer Belastung sowie negative Korrelationen zwischen sogenanntem unreifem Coping und psychischen Belastungsangaben, während sich als negativ klassifiziertes Coping grundsätzlich auch negativ mit dem psychischen Befinden korreliert ist. Hieraus ergibt sich nach unserer Auffassung weiterer Forschungsbedarf bezüglich der Kategorisierung und Bewertung von Copingstilen.

In Bezug auf das psychische Befinden zeigen MiMü im Vergleich zu VoMü signifikant höhere Angaben zur aktuellen subjektiven psychischen Belastung (BSI), ebenso wie signifikant höhere Angaben zu antisozialen, abhängigen und Borderline Persönlichkeitsmerkmalen (PSSI). Insofern bestätigen sich unsere Hypothesen, dass MiMü im Vergleich zu VoMü ein stärker beeinträchtigtes psychisches Befinden aufweisen. Insbesondere für hohe Belastungsangaben sowie für die Abhängige und Borderline Persönlichkeitsstörung ist eine Assoziation zu depressiven Störungen beschrieben, womit sich unsere Ausgangshypothese, dass MiMü ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen im Rahmen des depressiven Formenkreises aufweisen, ebenfalls bestätigt. Hierbei ist darauf aufmerksam zu machen, dass die Gruppenunterschiede zwar signifikant sind und ausnahmslos zu Lasten der MiMü ausfallen, die Verteilung der Mittelwerte jedoch für beide Gruppen teilweise noch innerhalb des Normbereichs liegen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Daten der vorliegenden Arbeit aus Fragebögen stammen, deren Standardisierungsstichproben vornehmlich aus westdeutschen ProbandInnen bestehen und unter Berücksichtigung der Heterogenität unserer Stichprobe, halten wir es für plausibel, anzunehmen, dass sich durch die suboptimalen Standardisierungsstichproben eine Linksverschiebung der Ergebnisse des BSI und PSSI in weniger auffällige Bereiche ergeben haben könnte. Insgesamt gehen wir somit davon aus, dass MiMü eine höhere psychische Belastung aufweisen, als es die Ergebnisse der Fragebogenauswertung von BSI und PSSI suggerieren. Wir können anhand dieser Arbeit jedoch nicht feststellen, inwiefern diese Angaben über psychische Auffälligkeiten hinausreichen und im Sinne von psychischen Störungen ggf. auch klinisch relevant sein könnten. Auch Aussagen über eine zeitliche Stabilität dieser Ergebnisse ist durch unser querschnittliches Studiendesign



nicht möglich. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf, insbesondere hinsichtlich adäquater Standardisierungsstichproben, der Selbstregulationsfähigkeit der Studienteilnehmerinnen und eines longitudinalen Studiendesigns. Unsere Hypothese, dass MiMü unzufriedener sind als VoMü, bestätigt sich nicht. Sowohl MiMü als auch VoMü geben für die untersuchten Lebensbereiche überdurchschnittlich hohe Zufriedenheitsangaben an. Dies ist nach unserer Kenntnis für MiMü so bislang nicht bekannt, wenngleich in der internationalen Literatur bereits beschrieben ist, dass Menschen generell eher zufrieden, als unzufrieden sind und die Zufriedenheit darüber hinaus von äußeren Faktoren insgesamt recht wenig beeinflusst wird.

In den Varianzanalysen wurde untersucht, inwiefern das Alter bei Geburt des ersten Kindes in Zusammenhang mit einzelnen Risiko-/Schutzfaktoren das psychische Befinden moderiert. Fazit dieser Berechnungen ist, dass sich Risiko- und Schutzfaktoren je nach Zugehörigkeit zur Gruppe der MiMü oder VoMü unterschiedlich auf das psychische Befinden auswirken. Wir sehen damit unser Arbeitsmodell, dem das Diathese-Stress-Modell zugrunde liegt und das für MiMü eine höhere Vulnerabilität als für VoMü annimmt, bestätigt.

Es zeigt sich wiederholt, dass der Schutzfaktor „*eigener Verdienst*“ für MiMü einen signifikanten Einfluss auf das psychische Befinden hat, indem er Angaben zum Borderline Persönlichkeitsstil, für die bei MiMü in den Gruppenvergleichen ein höheres Vorkommen festgestellt wurde, signifikant reduziert. Dass gerade dieser Schutzfaktor einen so deutlichen Effekt auf MiMü aufweist, könnte daran liegen, dass er die Wahrscheinlichkeit für eine Erhöhung des sozioökonomischen Status und das soziale Zugehörigkeitsgefühl steigert und MiMü damit eine Chance haben, sich aus ihrem Risikofaktoren-belasteten sozialen Milieu und der vielfach für MiMü als besonders belastend beschriebenen sozialen Isolation zu befreien. Darüber hinaus ist für die eigene Berufstätigkeit eine Reduktion depressiver Symptomatik beschrieben. Einerseits zeigt dieses Ergebnis das Potenzial für die Entwicklung von Ressourcen und der Wahrung psychischer Gesundheit auf, andererseits weist es auch auf ein fragiles Gleichgewicht hin. In einer Situation, in der, wie bei den MiMü bereits festgestellt ein Ressourcenmangel besteht, ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass das Auftreten bestimmter Risikofaktoren in eine Situation führt, die nicht mehr kompensiert wird und entsprechend des Diathese-Stress-Modells die Entstehung psychischer Störungen begünstigt. Die Varianzanalysen weisen vor diesem Hintergrund insbesondere für die Risikofaktoren „*Nikotinabusus in Kindheit/Jugend*“ und „*Gewalterfahrung*“ auf einen für MiMü besonders vulnerabilisierenden Effekt hin. Eine Erklärung dafür, dass der Nikotinkonsum in der Jugend besonders negative Auswirkungen auf das psychische Befinden Minderjähriger hat ist, dass in diesem Alter weder die physische noch die psychische Entwicklung abgeschlossen sind und damit eine besondere Anfälligkeit des Organismus gegenüber den in Zigaretten enthaltenen Noxen besteht. MiMü haben im Vergleich zu VoMü etwa 2 Jahre früher mit dem

Nikotinabusus begonnen und auch größere Mengen konsumiert, womit durchaus plausibel ist, dass sich die negativen Folgen des Nikotinabusus bei ihnen stärker auswirken als bei VoMü. Allerdings ist bislang nicht geklärt, inwiefern der Tabakkonsum den Eintritt einer psychischen Erkrankung begünstigt, oder aber z.B. Ausdruck einer Selbstmedikation bei unzureichend oder unbehandelter psychischer Grunderkrankung ist. In den Varianzanalysen sehen wir, dass sich insbesondere die Angabe von Borderline Persönlichkeitsmerkmalen bei MiMü mit einer Anamnese für Nikotinabusus in Kindheit/Jugend signifikant erhöht. Bei hoher Prävalenzrate für Nikotinabusus in Kindheit/Jugend und signifikant höheren Angaben zu Borderline Persönlichkeitsmerkmalen in den Gruppenvergleichen, ordnen wir MiMü daher als eine für eine Borderline Persönlichkeitsakzentuierung vulnerable Gruppe ein.

Im Einklang mit der internationalen Studienlage, die eine Assoziation von Gewalterlebnissen mit einem breiten Spektrum psychischer Erkrankungen beschreibt, zeigt sich sowohl für MiMü als auch für VoMü, dass Gewalterfahrungen das psychische Wohlbefinden in signifikanter Weise mindern. Auffällig ist jedoch, dass die Angaben zur aktuellen Belastungsintensität und dem Ausprägungsgrad abhängiger und paranoider Persönlichkeitsmerkmale bei MiMü ohne Gewalterfahrung bereits so hoch liegen, wie bei VoMü mit Gewalterfahrung. Dass die Wirkung einer minderjährigen Mutterschaft auf die Höhe der aktuellen subjektiven Belastungsintensität und den Ausprägungsgrad o.g. Persönlichkeitsmerkmale vergleichbar mit dem Erleben von Gewalt ist, ist in der Literatur nach unserer Kenntnis nicht vorbeschrieben. Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass die Biografien minderjähriger Mütter vielfach durch multiple Traumata (z.B. Trennung der leiblichen Eltern, Armut, etc.) geprägt sind und damit für MiMü womöglich auch ohne Gewalterlebnisse eine ähnliche psychische Belastungssituation gegeben ist, wie für VoMü, die Gewalt erleben mussten. Hierbei gilt es zu betonen, dass bei der Erfassung der Gewaltanamnese keine erläuternden Beispiele genannt wurden. Da in der Literatur beschrieben ist, dass erläuternde Beispiele die Angaben zu erlebter Gewalt signifikant erhöhen, gilt für unsere Studie, dass die erfassten Gewalterlebnisse nicht zu bagatellisieren sind und eher damit zu rechnen ist, dass ein signifikanter Anteil unserer Studienteilnehmerinnen trotz erlebter Gewalt, keine diesbezüglichen Angaben gemacht hat. Zusammenfassend bestätigt sich die in der Literatur beschriebene, erhöhte Vulnerabilität von MiMü gegenüber Störungen des psychischen Befindens, wenngleich sich manifeste psychische Erkrankungen aus unseren Ergebnissen nicht ableiten lassen. Insgesamt halten wir es entsprechend der o.g. Ausführungen aber für plausibel MiMü als Risikogruppe für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Sinne erhöhter Stressbelastung, depressiver Symptomatik und Borderline Persönlichkeitsstörungen mit einer besonderen Vulnerabilität für die negativen Folgen von Nikotinabusus in Kindheit und Jugend und Gewalterlebnissen zu sehen. Unsere Arbeit legt allerdings auch nahe, dass MiMü trotz ihrer widrigen

Lebensumstände und psychischen Belastungssituation nicht resigniert sind und damit eine nicht unerhebliche Chance für eine positive Beeinflussung des psychischen Befindens durch gezielte Ressourcenbildung gegeben ist.

## **6. Thesen**

2.1 MiMü weisen eine höhere Risikofaktorenkumulation auf als VoMü.

1. Minderjährige Erstgebärende (= MiMü) sind im Vergleich zu volljährigen Erstgebärenden (= VoMü) vermehrt personellen, familiären und sozialen Risikofaktoren ausgesetzt.

2.2 MiMü sind in größerem Ausmaß als VoMü von Transferleistungen abhängig.

2.3 Eltern von MiMü sind häufiger getrennt als Eltern von VoMü.

2.4 MiMü konsumieren in Kindheit und/oder Jugend häufiger Nikotin als VoMü.

2.5 MiMü machen häufiger Gewalterfahrungen (psychisch, physisch, sexuell) als VoMü.

2.6 MiMü konsumieren während der Schwangerschaft häufiger Drogen (Nikotin, Alkohol, illegale Drogen) als VoMü.

2.7 MiMü erbringen schlechtere Schulleistungen (Noten 4,5+6) als VoMü.

2. Minderjährige Erstgebärende (= MiMü) weisen im Vergleich zu volljährigen Erstgebärenden (= VoMü) vermehrt personelle, familiäre und soziale Schutzfaktoren ausgesetzt.

3.1 MiMü weisen eine geringere Schutzfaktorenkumulation auf als VoMü.

3.2 MiMü bestreiten ihr Einkommen seltener aus eigenem Verdienst als VoMü.

3.3 MiMü sind seltener als VoMü Erstgeborene.

3.4 MiMü kommen seltener als VoMü aus einer intakten Ursprungsfamilie.

3.5 MiMü weisen seltener als VoMü gute Schulleistungen (Noten 1+2) auf.

3.6 MiMü leben seltener als VoMü oberhalb der Armutsgrenze.

4. Minderjährige Mütter weisen gegenüber volljährigen Müttern Unterschiede hinsichtlich der Anwendung habitueller Stressverarbeitungsstile auf.

4.1 MiMü wenden häufiger emotionsbasierte Stressverarbeitungsstile an als VoMü.

4.2 MiMü wenden häufiger negative Stressverarbeitungsstile an als VoMü.

4.3 MiMü wenden problemorientierte Stressverarbeitungsstile ähnlich häufig wie VoMü an.

5. Minderjährige Erstgebärende sind ähnlich zufrieden wie volljährige Erstgebärende.

6. Minderjährige Mütter empfinden gegenüber volljährigen Müttern eine vermehrte aktuelle psychische Belastung.

6.1 MiMü reagieren im Vergleich zu VoMü vermehrt mit Depressivität als Zeichen aktueller psychischer Belastung.

7. Minderjährige Mütter weisen im Vergleich zu volljährigen Müttern Unterschiede in Bezug auf die Ausprägung von Persönlichkeitsstilen auf.

7.1 Minderjährige Erstgebärende beschreiben sich signifikant häufiger mit Persönlichkeitsmerkmalen des Eigenwilligen (Paranoide Persönlichkeitsstörung), Loyalen (Abhängige Persönlichkeitsstörung) und Spontanen Persönlichkeitsstils (Borderline Persönlichkeitsstörung) als volljährige Erstgebärende.

8. Zusammenhänge zwischen habituellen Stressverarbeitungsstilen und psychischer Belastung (Zufriedenheit, aktuell empfundene psychische Belastung, Ausprägung von Persönlichkeitsstilen) sind für MiMü und VoMü unterschiedlich.

8.1 MiMü wenden eine größere Anzahl verschiedener Copingstile an als VoMü.

8.2 Es gibt Anzeichen dafür, dass Coping kumulative Effekte aufweist, d.h. verschieden kategorisierte Copingstile (emotionsbasiert-ablenkend, emotionsbasiert-vermeidend, handlungsorientiert, positiv, negativ, reif, unreif) können je nach Situation und Person unterschiedlich miteinander assoziiert sein und damit auch unterschiedliche Auswirkung auf das psychische Befinden zeigen.

9. Zusammenhänge von Risiko- und Schutzfaktoren bei der Vorhersage von psychischer Belastung (Lebenszufriedenheit, aktuell empfundene Belastungsintensität, Ausprägung von Persönlichkeitsstilen) sind für MiMü und VoMü unterschiedlich.

9.1 Das psychische Befinden von MiMü wird im Besonderen durch die Risikofaktoren „*Nikotinabusus in Kindheit/Jugend*“ und „*Gewalterfahrung*“ negativ und den Schutzfaktor „*eigener Verdienst*“ positiv beeinflusst.

9.2 Der negative Effekt, den der Risikofaktor Gewalterfahrung auf das psychische Befinden von VoMü hat, ist in der vorliegenden Studie vergleichbar mit dem Effekt, den eine minderjährige Mutterschaft auf das psychische Befinden hat.

10. MiMü sind als Risikopopulation für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten im Sinne erhöhter Stressbelastung, depressiver Symptomatik und einer Borderline Persönlichkeitsakzentuierung mit einer besonderen Vulnerabilität für die negativen Folgen von Nikotinabusus und Gewalterlebnissen einzustufen.

## **7. Literaturverzeichnis**

- Aujoulat, I. et al. (2010). Adolescent mothers' perspectives regarding their own psychosocial and health needs: A qualitative exploratory study in Belgium, *Patient Education and Counseling*, Volume 81, Issue 3, 448 - 453
- Aldwin, C. (2007). *Stress, Coping and Development*. 2007, The Guilford Publications, Inc.: New York.
- Allott, K.A., et al., (2015). The impact of neuropsychological functioning and coping style on perceived stress in individuals with first-episode psychosis and healthy controls. *Psychiatry Research*, 226(1): p. 128-35.
- Anderson, C.A., Pierce, L. (2015). Depressive Symptoms and Violence Exposure: Contributors to Repeat Pregnancies Among Adolescents. *The Journal of Perinatal Education*, 24(4): p. 225 - 238.
- Anthuber, S., Anthuber, C. (2006). Die jugendliche Erstgebärende: Noch Kind und bereits Mutter. *Gynäkologie und Geburtshilfe*, 4: p. 16-17.
- Arai, L. (2003). Low expectations, sexual attitudes and knowledge: explaining teenage pregnancy and fertility in English communities. Insights from qualitative research. *Sociological Review*, 51: p. 199-215.
- Bancroft, W. (2004), *Sustaining: Making the transition from welfare to work*. SRDC Working Paper Series 04-03, Social Research and Demonstration Corporation, Ottawa.
- Bakkevig, J.F., Karterud, S. (2010). Is the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, histrionic personality disorder category a valid construct? *Comprehensive Psychiatry*, 51(5): p. 462-70.
- Barchmann, R.H. (2009). Schwangerschaft bei minderjährigen Müttern -Eine Risiko-Schwangerschaft? Eine Analyse der Geburtsakten der Jahrgänge 1993 - 2000, aus dem Projekt „Bedingungen und Folgen minderjähriger Schwangerschaft“ in Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Rostock (KJPP), Promotionsschrift, Universitäts-Frauenklinik am Südstadtklinikum Rostock (UfK). Universität Rostock: Rostock.

Barros, V.V., Kozasa, E.H., Formagini, T.D.B., Pereira, L.H., Ronzani, T.M. (2015). Smokers Show Lower Levels of Psychological Well-Being and Mindfulness than Non-Smokers. *PLoS ONE*, 10 (8).

Bender, D., Lösel, F. (1997): Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661–678.

Bengel, J., Meinders - Lücking, F., Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen - Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Berenz, E.C., et al., (2013). Childhood trauma and personality disorder criterion counts: a co-twin control analysis, *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4): p. 1070-6.

Bergold, S., Wirthwein, L., Rost, D. H., & Steinmayr, R. (2015). Are gifted adolescents more satisfied with their lives than their non-gifted peers? *Frontiers in Psychology*, (6): p. 1623.

Black, M., Papas, M.A., Hussey, J.M., Hunter, W., Dubowitz, H., Kotch, J.B., English, D., Schneider, M. (2002). Behavior and Development of Preschool Children Born to Adolescent Mothers: Risk and 3-Generation Households. *Paediatrics*, 109: p. 573-580.

Bewley, S., Davies, M., & Braude, P. (2005). Which career first?: The most secure age for childbearing remains 20-35. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7517): p. 588–589.

Blankson, M.L., Cliver, S.P., Goldenberg, R.L. (1993). Health behaviour and outcomes in sequential pregnancies of black and white adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 269: p. 1401 - 1403.

Block, K., Matthießen, S. (2007). Teenagerschwangerschaften in Deutschland. Studienergebnisse zu Risikofaktoren und Verhütungsfehlern bei Schwangerschaften minderjähriger Frauen, F.S.u. Familienplanung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: p. 12-17.

Boekaerts, M. (1995). Coping with stress in childhood and adolescence. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, p. 452-484. Oxford, England: John Wiley.

- Bonell, C., Allen, E., Strange, V., Copas, A., Oakley, A., Stephenson, J., Johnson, A. (2005). The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: testing of hypotheses using longitudinal data from a randomised trial of sex education. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: p. 223-230.
- Bottorff, J.P., Kelly, M., Greaves, L., Marcellus, L., Jung, M. (2014). Tobacco and alcohol use in the context of adolescent pregnancy and postpartum: a scoping review of the Literature. *Health and Social Care in the Community*, 22(6): p. 561 - 574.
- Bronfenbrenner, U. (1981). Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente. Klett-Cotta.
- Brüne, M. (2016). Borderline Personality Disorder: Why "fast and furious". *Evolution, Medicine, and Public Health*, 1: p. 52-66.
- Brunner, R., et al. (2015). Mechanismen der generationsübergreifenden Transmission belastender Kindheitserfahrungen: Theoretischer Hintergrund, Forschungsdesigns und erste Ergebnisse zweier multizentrischer Studien in Deutschland. *Trauma & Gewalt*, 9(2), 137-147.
- Bürgerliches Gesetzbuch, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, [www.gesetze-im-internet.de/bgb/2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/2.html), extrahiert am 14.08.2016; 19:30 Uhr
- Bundesgesetzblatt (2015). Bundesministerium der Justiz, I, S. 1722).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009). 13. Kinder- und Jugendbericht. Drucksache 16/12860. Druck Vogt GmbH, Berlin.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R.J., Jureniene, K., Pop, V.J.M. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(5): p. 599-605.
- Camp, B.W. (1996). Adolescent mothers and Their Children: Changes in Maternal Characteristics and Child Developmental and Behavioral Outcome at School Age. *Developmental and Behavioral Paediatrics*, 17(3): p. 162 - 69.

Caspi, A., Moffit, T. E. (1995). When do individual differences matter? A paradoxical theory of personality coherence. *Psychological Inquiry*, 4: p. 247-271.

Chapman, S.L.C., Wu, L.-T. (2013). Substance Use among Adolescent Mothers: A Review. *Children and Youth Services Review*, 35(5): p. 806–815.

Coley, R.L., Chase-Lansdale, P.L. (1998). Adolescent pregnancy and parenthood. Recent evidence and future directions. *American Psychologist*, 53(2): p. 152-66.

Collins, B. (2010). Resilience in teenage mothers: A follow up study, Ministry of Social Development, Wellington, Neuseeland.

Compas, B.E., Connor-Smith, J., Jaser, S.S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(1): p. 21-31.

Compas, B.E. (2009). Coping, regulation, and development during childhood and adolescence. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 124: p. 87-99.

Cooper, L., Leland, N.L., Alexander, G. (1995). Effect of maternal age on birth among young adolescents. *Social Biology*, 42 (1-2): p. 22-35.

Costa, P. T., Jr., Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, p. 44-61. Oxford, England: John Wiley.

Cremieux, P., Greenberg, P., Kessler, R., Merrigan, P., Van Audenrode, M. (2004), Employment, earnings supplements, and mental health: A controlled experiment, SRDC Working Paper Series 04–01. Social Research and Demonstration Corporation: Ottawa.

De Genna, N.M., Cornelius, M.D.; Donovan, J.E. (2009). Risk factors for young adult substance use among women who were teenage mothers. *Addictive Behaviors*, 34: p. 463-470.

De Genna, N. M., et al. (2012). Pregnancies, Abortions and Births in Women with and without Borderline Personality Disorder (BPD). *Women's Health Issues*, 22(4), e371–e377.



De Genna, N.M. and Feske, U. (2013). Phenomenology of borderline personality disorder: the role of race and socioeconomic status. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12): p. 1027-34.

De Genna, N.M. and Cornelius, M.D. (2015). Maternal drinking and risky sexual behavior in offspring. *Health Education and Behavior*, 42(2): p. 185-93.

Destatis (2010). Lebendgeburten nach dem Alter der Mutter, Statistisches Bundesamt.

Destatis (2011). Gesundheit - Schwangerschaftsabbrüche, Statistisches Bundesamt.

Destatis (2016). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Statistisches Bundesamt.

Diener, E., Diener, C. (1996). Most People Are Happy, *Psychological Science*, 7(3): p. 181-185.

Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54: p. 403–425.

Distel, M.A., et al., (2012). Borderline personality traits and substance use: genetic factors underlie the association with smoking and ever use of cannabis, but not with high alcohol consumption, *Journal of Personality Disorders*, 26(6): p. 867-79.

Donnellan, M.B., et al., (2009). Personal characteristics and resilience to economic hardship and its consequences: conceptual issues and empirical illustrations. *Journal of Personality*, 77(6): p. 1645-76.

Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). Grit: Perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(6): p.1087-1101.

Durbin, C.E., Hicks, B.M. (2014). Personality and Psychopathology: A Stagnant Field in Need of Development. *European Journal of Personality*, 28(4): p. 362-386.

Eaton, N.R., Krueger, R.F., Keyes, K.M., Skodol, A.E., Markon, K.E., Grant, B.F., Hasin, D.S. (2011). Borderline Personality Disorder Comorbidity: Relationship to the Internalizing-

Externalizing Structure of Common Mental Disorders. *Psychological Medicine*, 41(5): p. 1041–1050.

Endler, N.S., Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5): p. 844-54.

Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007). Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50: p. 800-809.

Evans, J., & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 15–24.

Fergus, S., Zimmermann, M. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26: p. 399-419.

Fergusson, D.M., Woodward, L.J., Horwood, J. (1998). Maternal Smoking During Pregnancy and Psychiatric Adjustment in Late Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 55: p. 721-727.

Fergusson, D.M., Woodward, L.J. (2000). Teenage Pregnancy and Female Educational Underachievement: A Prospective Study of a New Zealand Birth Cohort. *Journal of Marriage and Family*, 62(1): p. 147 - 61.

Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*, 6. Auflage: Beltz Verlag, Göttingen.

Fiedler, P., Herpertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen*. 7. Auflage: Beltz Verlag, Basel.

Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R.(2007). Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Archives of Women's Mental Health*, 10 (3): p. 103-109.

Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6): p. 647-54.

- Fracassi, S. (2009). Schwangerschaft und Geburt im minderjährigen Alter – Ist die Risikobelastung ein Effekt des Alters oder bedingt durch Bildungsstand, Partnerstatus und/oder Tabakkonsum? Eine Matched - Pairs - Studie an Erstgebärenden der Jahrgänge 2000 - 2004, Promotionsschrift. Universität Rostock, Rostock.
- Franke, G.H. (2000). Brief symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version - Manual. Beltz-Verlag, Göttingen.
- Friedrich, M., Remberg, A., Geserick, C. (2005). Wenn Teenager Eltern werden. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna-Böse, M., (2009). Resilienz. Ernst Reinhardt Verlag.
- Gaines Lanzi, R., Bert S.C. and Jacobs B.K. (2009). Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(4): p. 194-202.
- Garcia, C. (2010). Conceptualization and measurement of coping during adolescence: a review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2): p. 166-85.
- Garnefeld, C., Veigel, C., et al. (2007). Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft. Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock, Rostock.
- Gavin, A.R., Lindhorst, T. and Lohr, M.J. (2011). The prevalence and correlates of depressive symptoms among adolescent mothers: results from a 17-year longitudinal study. *Women Health*, 51(6): p. 525-45.
- Gilmore, M., et al. (2006). Women Who Gave Birth as Unmarried Adolescents: Trends in Substance Use from Adolescence to Adulthood, *Journal of Adolescent Health*, 39(2): p. 237-43.
- Grant, B.F., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4): p. 533-45.
- Grover, K.E., et al.(2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21(4): p. 442-7.

Hanna, B., (I), (2001). Negotiating motherhood: the struggles of teenage mothers. *Journal of advanced Nursing*, 34: p. 456-464.

Hanna, B., (II), (2001). Adolescent parenthood: a costly mistake or a search for love? *Reproductive Health Matters*, 9: p. 101-107.

Hannemann, T. (2007). Pregnancy outcome among teenage women, Diplomarbeit, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät der Universität Rostock, Rostock.

Harned, M. S., & Valenstein, H. R. (2013). Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *F1000Prime Reports*, 5, 15.

Hayton, K. (2002). Helping those with mental health problems access open employment —A Glasgow case study. *Local Economy*, 17, 35–49.

Heldon, K. M., Lybomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7: p. 55–86.

Hengartner, M.P., et al.(2013). Can protective factors moderate the detrimental effects of child maltreatment on personality functioning? *Journal of Psychiatric Research*, 47(9): p. 1180-6.

Henretta, J.C., et al. (2008). Early motherhood and mental health in midlife: A study of British and American cohorts. *Aging & Mental Health*, 12(5): p. 605-614.

Herold, G., et al. (2010). Innere Medizin, Gerd Herold, Köln. S. 886-890

Hillis, S.D., et al. (2010). The Protective Effect of Family Strengths in Childhood against Adolescent Pregnancy and Its Long-Term Psychosocial Consequences. *The Permanente Journal*, 14(3): p. 18-27.

Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U., Schlack, R. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 50 (5-6): p. 784-793. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter

von 3-17 Jahren in Deutschland - Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, (57): p. 807 - 819. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.

Holub, C., Kershaw, T., Ethier, K., Lewis, J., Milan, S., Ickovics, J. (2007). Prenatal and Parenting Stress on Adolescent Maternal Adjustment: Identifying a High-Risk Subgroup. *Maternal and child health journal*, 11: p. 153-159.

Howard, R. (2015). Personality disorders and violence: what is the link? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2: p. 12.

Jaffee, S., et al. (2001). Why are children born to teen mothers at risk for adverse outcomes in young adulthood? Results from a 20-year longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 13(2): p. 377-97.

Janke, W.E., Kallus, G., Boucsein, K.W. (1997). Stressverarbeitungsfragebogen (SVF 120). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Kershaw, T., Murphy, A., Divney, A., Magriples, U., Niccolai, L., Gordon, D. (2013). What's Love Got to Do with It: Relationship Functioning and Mental and Physical Quality of Life Among Pregnant Adolescent Couples. *American Journal of Community Psychology*, 52(0): p. 288-301.

Kolip, P., Hurrelmann, K., Du Bois-Reymond, R. (1995). Internal and External Coping in Adolescence. Psychosomatic Complaints, Aggressive Behaviour, and the Consumption of Legal and Illegal Drugs. Childhood and Youth in Germany and The Netherlands Transitions and Coping Strategies of Adolescents, Berlin: Mouton de Gruyter. 183-195.

Krebs-Ramberg, A. (2005). Wenn Teenager schwanger werden - Ergebnisse einer qualitativen Studie der BZgA, in E & C Fachforum: Familien im Brennpunkt - Förderung und Unterstützung von jungen Familien in E & C Gebieten. Berlin.

Krenek, M., Maisto, S.A. (2013). Life events and treatment outcomes among individuals with substance use disorders: a narrative review. *Clinical Psychology Review*, 33(3): p. 470-83.

Krentz, H. (2005). Statistische Analysen mit SPSS in der Medizin. Vol. 1, Beschreibende Statistische Analysen, Aachen: Shaker Verlag.

Krentz, H. (2005). Statistische Analysen mit SPSS in der Medizin. Vol. 2, Schließende Statistische Analysen, Aachen: Shaker Verlag.

Kuhl, J., Kazén, M. (2009). Persönlichkeits-Stil-und-Störungs-Inventar. 2009, Göttingen: Hogrefe Verlag.

Kuntz B, Lange C, Lampert T (2015) Alkoholkonsum bei Jugendlichen – Aktuelle Ergebnisse und Trends Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6(2) [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 13.11.2015).

Lampert, T., Kuntz, B. (2014). KiGGS Study Group, Tabak- und Alkoholkonsum bei 11-17-jährigen Jugendlichen, Robert Koch Institut, Bundesgesundheitsblatt, p: 830-839.

Lampert T, Kuntz, B., KiGGS Study Group (2015) Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin. GBE kompakt 6(1) [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (Stand: 01.03.2015).

Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. Stress. Theorien Untersuchungen, Maßnahmen, ed. J.R. Nitsch. Huber. 213-259.

Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lazarus, R.S. (2006). Emotions and Interpersonal Relationships: Toward a Person-Centered Conceptualization of Emotions and Coping. *Journal of Personality*, 74(1) -posthum erschienen.

Lenzenweger, M.F., et al. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6): p. 553-64.

Lepore, S. J., Evans, G. W. (1996). Coping with multiple stressors in the environment. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, p. 350-377. Oxford, England: John Wiley.

Lucas, R.E., Diener, E. (2000). Personality and subjective-well being across the life span.

Temperament and Personality Development Across the Life Span, Edited by Molfese, V.J., Molfese, D.L., Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey London, p. 211-231.

Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. *Developmental Psychopathology*, 3(2): p. 739 - 95.

Maercker, A., Hecker, D.T. (2015). Consequences of trauma and violence: impact on psychological well-being. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*.

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998): The development of competence in favorable and unfavorable environments. Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53 (2), 205–220.

Masten A.S., Reed M.G. (2001). Resilience in Development. Snyder CR, Lopez SJ The Handbook of Positive Psychology, University Press, Oxford.

Mattanah, J.F., Becker, D.F., Levy, K.N., Edell, W.S., McGlashan, T.H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 152(6): p. 889–894.

Meijer, M., Goedhart, A.W., Treffers, P.D.A. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12(1):1 p. 3–22.

Moll, E. (2013). Der Wert von Kindern (Value of Children) in Abhängigkeit vom Alter der Mutter zur Geburt des ersten Kindes, in Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Promotionsschrift, Universität Rostock. Rostock.

Moreira, P.A.S., Cloninger, C.R., Dinis, L., Sá, L., Oliveira, J.T., Dias, A., Oliveira, J. (2014). Personality and well-being in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 5, 1494.

Musick, J. (1993). Young Poor and Pregnant - The Psychology of Teenage Motherhood. Yale University Press New Haven and London.

- Ngum Chi Watts, M.C., Liamputtong, P., McMichael, C. (2015). Early motherhood: a qualitative study exploring the experiences of African Australian teenage mothers in greater Melbourne, Australia. *BMC Public Health*, 15: p. 873.
- Nilsson, D., Dahlstöm, Ö., Priebe, G., Svedin, C. G. (2015). Polytraumatization in an adult national sample and its association with psychological distress and self-esteem. *Brain and Behavior*, 5(1), 62–74.  
5(1): p. 62-74.
- Novais, F., Araújo, A., & Godinho, P. (2015). Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers in Psychology*, 6: p. 1463.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, K.A. and Zumbo, B.D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(7): p. 889-901.
- Parker, J.D., Endler, N.S. (1996). Coping and defense: An historical overview., In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, p. 3 - 23. Oxford, England: John Wiley.
- Pedersen, W. and A. Mastekaasa (2010). Conduct disorder symptoms and subsequent pregnancy, child-birth and abortion: A population-based longitudinal study of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(5): p. 1025 - 1033.
- Penley, J.A., Tomaka, J., Wiebe, J.S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6): p. 551-603.
- Poropat, A.E. (2009). A meta-analysis of the five-factor model of personality and academic performance. *Psychological Bulletin*, 135(2): p. 322-38.
- Potvin S, Tikász A, Dinh-Williams LL-A, Bourque J, Mendrek A. (2015). Cigarette Cravings, Impulsivity, and the Brain. *Frontiers in Psychiatry*. 6:125.
- Pötzsch, O. (2012). Geburten in Deutschland, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.



Poutiainen, M., Holma, J. (2013). Subjectively evaluated effects of domestic violence on well-being in clinical populations. *ISRN Nursing*, p: 347235.

Pozzi, G., et al. (2015). Coping strategies in a sample of anxiety patients: factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain and Behavior*. 5(8): p. e00351.

Purtscher, K. (2008). Traumatisierung in der Kindheit - Folgen für die Entwicklung, in *Psychiatria Danubina*, Zagreb, Croatia. p. 513 - 520.

Pschyrembel Online (2016). De Gruyter, New York.

Ravens-Sieberer, U., Hölling, H., Bettge, S., Wietzker, A. (2002) Erfassung von psychischer Gesundheit und Lebensqualität im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen*, 64(Sonderheft 1): p. 30-35.

Ravens-Sieberer, Wille, U., N; Bettge, S.; Erhard, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse aus der BELLA Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2007(50): p. 871 - 78.

Van der Sanden, R. L. M., Pryor, J. B., Stutterheim, S. E., Kok, G., & Bos, A. E. R. (2016). Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(9), p. 1233–1245.

Rigsby, D.C., G.A. Macones, and D.A. Driscoll (1998). Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 11(3): p. 115-26.

Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Robilotta, S., E. Cueto, Yanos, P.T. (2010). An examination of stress and coping among adults diagnosed with severe mental illness. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(3): p. 222-31.

Rossetto, M.S., Schermann, L., Béria, J.U. (2014). Maternity during adolescence: negative emotional indicators and associated factors in 14 to 16-year-old mothers from Porto Alegre in the State of Rio Grande do Sul, Brazil. *Cien Saude Colet*, 19(10): p. 4235-46.

Rutter, M. (2000): Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In: J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed.), (pp. 651–682). New York: Cambridge University Press.

Rutter, M. (2003) Crucial paths from risk indicator to causal mechanism. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*, New York: Guilford Press, p: 3-24.

Ryff, C.D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.

Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., Ugalde, J., & Todic, J. (2015). Substance Use and Teen Pregnancy in the United States: Evidence from the NSDUH 2002-2012. *Addictive Behaviors*, 45, 218–225.

Schlack, R., Petermann, F. (2013). Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study. *BMC Public Health*, 13: p. 628.

Schlack, R., Hölling, H. (2007). Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz*, 5/6: p. 819-826.

Schneider, M.E. (2009). Bewältigungsstile, Motive und familiäre Bedingungen ihrer Entwicklung, *Promotionsschrift, Philosophische Fakultät, Siegen: Siegen*. p. 402.

Schnettler, B., et al. (2015). Relationship between the domains of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale, satisfaction with food-related life and happiness in university students. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6): p. 2752-63.

Seyle, H. (1953). Einführung in die Lehre vom Adaptionssyndrom / von Hans Seyle. Hrsg. u. übers. von Heinz Köbcke, Thieme.

Shea, M.T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L.C., Grilo, C.M., McGlashan, T., Skodol, A.E., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Zanarini, M.C., Keller, M.B. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(12): p. 1647–1658.

Sheblonski, B.C., Widaman, K. (2005). Reciprocal links between differential parenting, perceived partiality and self - worth: A three wave longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, 19(4): p. 633 - 42.

Silberg, J., et al. (2003). Genetic and environmental risk factors in adolescent substance use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44(5): p. 664-76.

Sipsma, H.L., et al. (2010). Adolescent Pregnancy Desire and Pregnancy Incidence. *Women's Health Issues*, 21(2): p. 110–116.

Skinner, E.A., et al. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2): p. 216-69.

Smithbattle, L. (2007). Legacies of advantage and disadvantage: the case of teen mothers. *Public Health Nursing*, 24(5): 409-420.

Soucy Chartier, I.S., Gaudreau, P., Fecteau, M.C. (2011). From dispositional affect to academic goal attainment: the mediating role of coping, *Anxiety, Stress & Coping*, 24(1): p. 43 - 58.

Spicer, J., et al. (2013). Ambulatory assessments of psychological and peripheral stress-markers predict birth outcomes in teen pregnancy. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(4): p. 305-13.

Statistisches Landesamt Mecklenburg-Vorpommern (2005 - 2016). Natürliche Bevölkerungsbewegung in Mecklenburg-Vorpommern, <https://www.laiv-mv.de/Statistik/Publikationen/Statistische-Berichte/>.

- Stepp, S.D. (2012). Development of Borderline Personality Disorder in Adolescence and Young Adulthood: Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1): p. 1.
- Stöhr, R.-M., et al. (2000). Die Geburt eines Geschwisters: Chancen und Risiken für das erstgeborene Kind. *Kindheit und Entwicklung*, 9(1): p. 40 - 49.
- Stone, A.A., et al. (1998). A comparison of coping assessed by ecological momentary assessment and retrospective recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6): p. 1670-80.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D. P., Wikström, P.-O. H. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1): p. 111-23.
- Strack, S., Feifel, H. (1996). Age differences, coping, and the adult life span. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, p. 485-501. Oxford, England: John Wiley.
- Suldo, S.M., Shaffer, E.J. (2008). Looking beyond psychopathology: the dualfactor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37, 52–68.
- Sulloway, F.J. (1996). *Born to rebel: Birth order, family dynamics and creative lives*. New York: Pantheon Books.
- Sulloway, F.J. (2007). Birth order and intelligence. *Science*, 316: p. 1711 - 12.
- Sulz, S., [Hysteria I. Histrionic personality disorder. A psychotherapeutic challenge]. *Nervenarzt*, 2010. 81(7): p. 879-87.
- Taylor, L. C. (2001). Work attitudes, employment barriers, and mental health symptoms in a sample of rural welfare recipients. *American Journal of Community Psychology*, 29, 443–463.
- Thombs BD, Bernstein DP, Ziegelstein RC, et al. An evaluation of screening questions for childhood abuse in 2 community samples: implications for clinical practice. *Archives of Internal Medicine* 2006;166:2020-6.

Todd, M., et al. (2004). Do we know how we cope? Relating daily coping reports to global and time-limited retrospective assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2004. 86(2): p. 310-9.

Tzilos, G. K., Zlotnick, C., Raker, C., Kuo, C., & Phipps, M. G. (2012). Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. *Archives of Women's Mental Health*, 15(5), 397–401.

Uhl, B. (2006). Risikoschwangerschaft. Gynäkologie & Geburtshilfe Compact, 3. Auflage, Thieme-Verlag, Stuttgart.

Van der Laan, A.M., et al. (2010). Serious, minor, and non-delinquents in early adolescence: the impact of cumulative risk and promotive factors. The TRAILS study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(3): p. 339-51.

Veigel-Maruschke, C. (2015). Traumatisierungen und Suchtmittelkonsum bei minderjährigen Erstgebärenden - Eine Untersuchung aus dem Rostocker Projekt „Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft“. Promotionsschrift. Universität Rostock, Rostock.

Wagner, L., Ruch, W. (2015). Good character at school: positive classroom behavior mediates the link between character strengths and school achievement. *Frontiers in Psychology*, 6(610).

Wille, N., Bettge, S. and Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (1): p. 133-47.

Wittchen, H.U., Hoyer, J. (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer-Verlag, Heidelberg.

Woodward, L.J., Fergusson, D. M., and Horwood, L. J. (2001). Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results from a prospective study from birth to 21 years. *Journal of Marriage and the Family*, 63(4): p. 1170-1184.

Wustmann, C. (2004). Resilienz - Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Beltz Verlag, Basel.

Yael Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., Frazier, J. A. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3): p. 149-161.

Zanarini, M.C., et al. (20116). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5): p. 827-32.

Zeck, W., et al. (2007). Impact of adolescent pregnancy on the future life of young mothers in terms of social, familial and educarional changes. *Journal of Adolescent Health*, 41(4): p. 380 - 388.

Zeidner, M.S. (1996). Adaptive and Maladaptive Coping. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, p. 505 - 31. Oxford, England: John Wiley.

Zhang, J., et al. (2014). The coexistence of coping resources and specific coping styles in stress: evidence from full information item bifactor analysis. *PLoS One*, 9(5): p. e96451.

Zoccolillo, M., Meyers, J. and Assiter, S. (1997). Conduct disorder, substance dependence, and adolescent motherhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1): p. 152-7.

## 8. Anhang

### 8.1 Fragebögen

#### 8.1.1 Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)

SVF - 120					
Name:					
Alter:					
Geschlecht:					
Untersuchungsdatum:					
Uhrzeit:					
<p>Im Folgenden finden Sie eine Reihe von möglichen Reaktionen, die man zeigen kann, wenn man durch irgendwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden ist.</p> <p>Bitte lesen Sie diese nacheinander durch und entscheiden Sie jeweils, ob die angegebenen Reaktionen Ihrer Art zu reagieren entsprechen. Dabei stehen Ihnen fünf Antwortmöglichkeiten zur Verfügung.</p> <p>Bitte kreuzen Sie jeweils die Ihrer Reaktion entsprechende Zahl an.</p> <p>Bitte lassen Sie keine Reaktion aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für Sie zutrifft.</p>					
Wenn ich durch irgendetwas oder irgendjemanden beeinträchtigt, innerlich erregt oder aus dem Gleichgewicht gebracht worden bin...	gar nicht	kaum	möglicher weise	wahrsch einlich	sehr wahrscheinlich
	0	1	2	3	4
... versuche ich, meine Gedanken auf etwas anderes zu konzentrieren					
... sage ich mir, lass dich nicht gehen					
... sehe ich zu, dass jemand anderes mich bei der Lösung unterstützt					
... fühle ich mich irgendwie hilflos					
... sage ich mir, ich habe mir nichts vorzuwerfen					
... gehe ich dem Kontakt mit anderen aus dem Weg					
... neige ich dazu, viel mehr zu rauchen oder mit dem Rauchen (wieder) anzufangen					
... vermeide ich von nun an solche Situationen					
... frage ich mich, was ich schon wieder falsch gemacht habe					
... sage ich mir, alles ist halb so schlimm					

... überlege ich mein weiteres Verhalten ganz genau					
... versuche ich, meine Muskeln zu entspannen					
... tue ich mir selber ein bisschen leid					
... neige ich dazu, die Flucht zu ergreifen					
... sage ich mir, dass ich das durchstehen werde					
... kann ich lange Zeit an nichts anderes mehr denken					
... werde ich schneller damit fertig, als andere					
... versuche ich, mir alle Einzelheiten der Situation klar zu machen					
... nehme ich Beruhigungsmittel					
... gehe ich irgendeiner anderen Beschäftigung nach					
... frage ich jemanden um Rat, wie ich mich verhalten soll					
... esse ich etwas Gute					
... denke ich hinterher immer wieder darüber nach					
... denke ich, möglichst von hier weg					
... habe ich ein schlechtes Gewissen					
... sage ich mir, du musst dich zusammenreißen					
... meide ich die Menschen					
... versuche ich, ganz ruhig und gleichmässig zu atmen					
... entziehe ich mich in Zukunft schon bei den ersten Anzeichen solchen Situationen					
... sage ich mir, Gewissensbisse brauche ich mir nicht zu machen					
... sage ich mir, das wird sich mit der Zeit schon wieder einrenken					
... neige ich dazu, schnell aufzugeben					
... neige ich dazu, mit anderen Leuten aneinanderzugeraten					
...denke ich bewusst an Gelegenheiten, bei denen ich besonders erfolgreich war					



... bin ich mit mir selbst unzufrieden					
... sehe ich mir etwas Nettes im Fernsehen an					
... denke ich, nur nicht unterkriegen lassen					
... bin ich froh, dass ich nicht so empfindlich bin, wie andere					
... ergreife ich Maßnahmen zur Beseitigung der Ursache					
... kommen mir Fluchtgedanken					
... beneide ich andere, denen so was nicht passiert					
... muss ich mich einfach mit jemandem aussprechen					
... sage ich mir, ich kann nichts dafür					
... möchte ich am liebsten irgendetwas an die Wand werfen					
... tue ich etwas, was mich davon ablenkt					
... weiß ich nicht, wie ich gegen die Situation ankommen könnte					
... bemühe ich mich um anderweitige Erfolge					
... nehme ich mir vor, solchen Situationen in Zukunft aus dem Wege zu gehen					
... schließe ich mich von meiner Umgebung ab					
... sage ich mir, die Zeit hat schon so manche Träne getrocknet					
... fühle ich mich ein wenig vom Schicksal vernachlässigt					
... sage ich mir, andere würden das nicht so leicht verdauen					
... neige ich dazu, mich zu betrinken					
... versuche ich, meine Erregung zu bekämpfen					
... beschäftigt mich die Situation hinterher noch lange					
... sage ich mir, du darfst auf keinen Fall aufgeben					
... mache ich mir Vorwürfe					
... versuche ich, mich systematisch zu entspannen					

... wende ich mich Dingen zu, bei denen mir der Erfolg gewiss ist					
... erscheint mir alles hoffnungslos					
... greife ich irgendwelche Leute ungerechtfertigt an					
... habe ich den Wunsch, dieser Situation so schnell wie möglich zu entkommen					
... bitte ich jemanden, mir behilflich zu sein					
... tue ich mir selbst etwas Gutes					
... denke ich, ich habe die Situation nicht zu verantworten					
... mache ich einen Plan, wie ich die Schwierigkeiten aus dem Weg räumen kann					
... sage ich mir, es geht schon alles wieder in Ordnung					
... versuche ich, Haltung zu bewahren					
... denke ich, in Zukunft will ich nicht mehr in solche Situationen geraten					
... trinke ich erstmal ein Glas Bier, Wein oder Schnaps					
... sage ich mir, nur nicht entmutigen lassen					
... geht mir die Situation lange Zeit nicht aus dem Kopf					
... versuche ich, mich der Situation zu entziehen					
... kaufe ich mir etwas, was ich schon lange haben wollte					
... sage ich mir, es war letzten Endes mein Fehler					
... will ich niemanden sehen					
... habe ich mich viel besser unter Kontrolle als andere in derselben Situation					
... bringe ich meine guten Eigenschaften zur Geltung					
... kann ich gar nicht einsehen, warum ausgerechnet ich immer Pech haben muss					
... suche ich nach etwas, das mir Freude machen könnte					
... tue ich etwas zu meiner Entspannung					
... werde ich wütend					

... mache ich mir klar, dass ich Möglichkeiten habe, die Situation zu bewältigen					
... habe ich das Bedürfnis, die Meinung von jemand anderem dazu zu hören					
... versuche ich, mein Verhalten unter Kontrolle zu halten					
... stürze ich mich in die Arbeit					
... suche ich bei mir selbst die Schuld					
... denke ich, morgen ist sicher alles vergessen					
... neige ich dazu, alles sinnlos zu finden					
... nehme ich Schlafmittel ein					
... wende ich mich aktiv der Veränderung der Situation zu					
... möchte ich am liebsten ganz allein sein					
... reagiere ich gereizt					
... denke ich, mir bleibt auch nichts erspart					
... versuche ich, in anderen Bereichen Bestätigung zu finden					
... sage ich mir, du kannst damit fertig werden					
... finde ich meine Ruhe immer noch schneller wieder als andere					
... passe ich auf, dass es in Zukunft gar nicht erst zu solchen Situationen kommt					
... denke ich an etwas, was mich entspannt					
... spiele ich die Situation nachher in Gedanken immer wieder durch					
... versuche ich, meine Aufmerksamkeit davon abzuwenden					
... versuche ich, mit jemandem über das Problem zu sprechen					
... erfülle ich mir einen lang ersehnten Wunsch					
... denke ich, mich trifft keine Schuld					
... neige ich dazu, zu resignieren					

... versuche ich mir einzureden, dass es nicht so wichtig ist					
... sind mir andere lästig					
...neige ich dazu, irgendwelche Medikamente zu nehmen					
... sage ich mir, du darfst die Fassung nicht verlieren					
... werde ich hinterher die Gedanken an die Situation einfach nicht mehr los					
... lenke ich mich irgendwie ab					
... werde ich ungehalten					
... nehme ich das leichter als andere in der gleichen Situation					
... schließe ich die Augen und versuche mich zu entspannen					
... verschaffe ich mir Anerkennung auf anderen Gebieten					
... versuche ich, die Gründe, die zur Situation geführt haben, genau zu klären					
... frage ich mich, warum das gerade mir passieren musste					
... überlege ich, wie ich von nun an solchen Situationen ausweichen kann					
... denke ich, an mir liegt es nicht, dass es dazu gekommen ist					
... möchte ich am liebsten einfach weglaufen					

### 8.1.2 Brief Symptom Inventory (BSI)

BSI					
Codenummer/Name:					
Geschlecht:	männlich			weiblich	
Bildungsgrad:	Haupt- /Realschule	Abitur	Studentin	abgeschloss enes Studium	unbekannt
Alter					

Datum					
<p>Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck „ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort.</p>					
Bitte beantworten Sie jede Frage	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter ...					
Nervosität oder innerem Zittern					
Ohnmachts- und Schwindelgefühlen					
der Idee, das irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat					
dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind					
Gedächtnisschwierigkeiten					
dem Gefühl leicht reizbar oder verärgert zu sein					
Herz- und Brustschmerzen					
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Strasse					
Gedanken, sich das Leben zu nehmen					
dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann					
schlechtem Appetit					
plötzlichem Erschrecken ohne Grund					
Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren					
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind					
dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen					
Einsamkeitsgefühlen					
Schwermut					
dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren					

Furchtsamkeit					
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen					
dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind, oder Sie nicht leiden können					
Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen					
Übelkeit oder Magenverstimmung					
dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden					
Einschlafschwierigkeiten					
dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun					
Schwierigkeiten, sich zu entscheiden					
Furcht vor Fahrten in Bus, Strassenbahn, U-Bahn oder Zug					
Schwierigkeiten beim Atmen					
Hitzewallungen oder Kälteschauern					
der Notwendigkeit bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden					
Leere im Kopf					
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen					
dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten					
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft					
Konzentrationsschwierigkeiten					
Schwächegefühlen in einzelnen Körperteilen					
dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein					
Gedanken an den Tod oder ans Sterben					
dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen					
dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern					

starker Befangenheit im Umgang mit anderen					
Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino					
dem Eindruck, sich einer anderen Person nie richtig nahe fühlen zu können					
Schreck- oder Panikanfällen					
der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten					
Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden					
mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere					
so starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht still sitzen können					
dem Gefühl, wertlos zu sein					
dem Gefühl, dass Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden					
Schuldgefühlen					
dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist					

### 8.1.3 Persönlichkeitsstil- und -störungsinventar (PSSI)

PSSI			
Fragebogen-Nr:			
Name:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weiblich
Alter:			
Untersuchungsdatum:			
<p>In diesem Fragebogen werden Sie eine Reihe von Aussagen vorfinden. Bitte beurteilen Sie für jede Aussage, ob sie im Allgemeinen auf Sie „gar nicht“, „etwas“, „überwiegend“ oder „ausgesprochen“ auf Sie zutrifft.</p> <p>Bitte beantworten Sie die Aussagen möglichst spontan und überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen, mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.</p>			

Bitte beantworten Sie jede Frage	trifft gar nicht zu	trifft etwas zu	trifft überwiegen d zu	trifft ausgesprochen zu
<b>Skala PN: Eigenwilliger Stil (Paranoide Persönlichkeitsstörung)</b>				
Viele Menschen nutzen es aus, wenn man Schwäche zeigt.				
Auf die meisten Menschen kann man sich vertrauen, wenn man ihnen Vertrauen schenkt.				
Ein gewisses Misstrauen gegenüber anderen ist oft angebracht.				
Es gibt viele ehrliche und offene Menschen.				
Es gibt viele Leute, die mit der unschuldigsten Miene andere Menschen hintergehen.				
Die meisten Menschen verfolgen gute Absichten.				
Ich traue manchmal auch meinen Freunden nicht mehr.				
Ich kenne viele Menschen, denen ich voll und ganz vertrauen kann.				
Es gibt wenig wirklich gerechte Menschen.				
Es gibt viele Menschen, die versuchen, Macht zu gewinnen, nur um andere zu kontrollieren.				
<b>Skala SZ: Zurückhaltende Stil (Schizoide Persönlichkeitsstörung)</b>				
Nähe zu anderen Menschen ist mir eher unangenehm.				
Ich wahre immer die Distanz zu anderen Menschen.				
Ich lasse andere nicht gern an mich heran.				
Ich bin gern mit anderen Menschen zusammen				
Andere halten mich häufig für kühl.				
Ich mag die Nähe anderer Menschen.				
Ich drücke meine Gefühle meist ganz spontan aus.				
Probleme löse ich lieber durch eigenes Nachdenken, als durch Gespräche.				
Auch wenn etwas besonders Schönes passiert, bleibe ich meist ganz gelassen.				
Wenn ein Mensch mir nahe sein will, fühle ich mich rasch eingeengt.				
<b>Skala BL: Spontaner Stil (Borderline Persönlichkeitsstörung)</b>				



Ich spüre oft eine innerliche Leere.				
Wenn ich jemanden sehr mag, mache ich mir Sorgen, dass die Sympathie nicht lange hält.				
Oft kann ich selbst bei kleinen Enttäuschungen meine Wut kaum noch kontrollieren.				
Meine Selbstachtung kann abrupt zwischen sehr positiven und sehr negativen Empfindungen wechseln.				
Meine Gefühle wechseln oft abrupt und impulsiv.				
Manchmal habe ich das Gefühl, als könne mein Leben völlig aus der Bahn geraten.				
Ich habe oft ohne Grund ängstliche Gefühle				
Ich ärgere mich oft über Gefühle, die in mir aufkommen.				
Ich habe schon einmal den Impuls gefühlt, mich zu verletzen.				
Wenn ich mich besonders nett verhalte, weiß ich manchmal nicht, ob das wirklich aus mir selber kommt.				
<b>Skala HI: Liebenswürdiger Stil (Histrionische Persönlichkeitsstörung)</b>				
Ich kann Menschen für mich einnehmen, wenn ich es will				
Ich kann sehr charmant sein.				
Ich habe ein lebhaftes Temperament.				
Wenn ich unter Menschen bin, wirke ich meist sehr lebhaft.				
Ich gehe sehr spontan auf andere Menschen zu.				
Meine gute Laune überträgt sich oft auf andere.				
Ich weiß sehr gut, wie ich beim anderen Geschlecht Interesse für mich wecken kann.				
Ich gelte als attraktiv.				
Ich habe auf das andere Geschlecht eine besondere Anziehungskraft.				
Der Umgang mit anderen Menschen liegt mir mehr als die Bearbeitung nüchterner Sachaufgaben.				
<b>Skala AB: Loyalster Stil (Abhängige Persönlichkeitsstörung)</b>				
Wenn ich ganz allein bin, fühle ich mich hilflos				
Ich lehne mich gerne an eine starke Person an.				

Ich bin sehr bemüht, es Menschen, die mir wichtig sind, recht zu machen.				
In der Partnerschaft brauche ich viel Bestätigung, wirklich geliebt zu werden.				
In der Partnerschaft habe ich oft große Angst, verlassen zu werden.				
Es tut mir gut, einen Menschen um mich zu haben, der ein wenig für mich sorgt.				
Ich bin ein sehr anhänglicher Mensch.				
Ich brauche sehr viel Liebe und Angenommensein.				
Ob ich mich als wertvollen Menschen erlebe, hängt davon ab, wie andere auf mich zugehen.				
Es tut mir gut, einen Menschen um mich zu haben, der mir sagt, wo es langgeht.				
<b>Skala AS: Selbstbehauptender Stil (Antisoziale Persönlichkeitsstörung)</b>				
Meine Bedürfnisse lebe ich aus, auch wenn andere zurückstecken müssen.				
Wenn andere etwas haben möchten, was ich brauche, setze ich mich meist durch.				
Wenn sich jemand mir gegenüber ablehnen verhält, kann ich ihn ohne weiteres fertig machen.				
Ich mache, was mir Spaß macht, ohne Rücksicht auf andere.				
Wenn Leute sich gegen mich wenden, kann ich sie fertigmachen.				
Ich greife lieber an, als mich angreifen zu lassen.				
Wenn andere mir Schwierigkeiten machen, kann ich sehr ungemütlich werden.				
Schwache Menschen fassen mein Durchsetzungsvermögen als Rücksichtslosigkeit auf.				
Ich lasse mir von anderen nichts gefallen.				
Wer mir schaden will, muss mit meiner Vergeltung rechnen.				

## 8.2 Interviewvariablen

### 8.2.1 Alter bei Geburt des ersten Kindes

	Interviewvariable (v)
Alter bei Geburt des ersten Kindes	v0: Minderjährigkeit der Mutter bei Geburt des Kindes? 0 – nein

1 - ja

### 8.2.2 Risikofaktoren

Risikofaktor	Interviewvariable (v)
Abhängigkeit von Transferleistungen	<p>v23_6: Aus welchen Quellen beziehen Sie Ihr Geld? (Mehrfachantworten möglich)</p> <p>1 - eigener Verdienst  2 - Verdienst aus Tätigkeit des Partners  3 - Institutionelle Unterstützung (z. B. Caritas)  4 - Kindergeld  5 - Rente(n)  6 - Sozialhilfe / ALG II / Hartz IV  7 - Beiträge anderer Personen  8 - Alimente des leiblichen Vaters  9 - Unterstützung durch das Jugendamt (Unterhalt des Vaters)  10 - Erziehungsgeld  11 - Sonstiges: _____</p>
Trennung der leiblichen Eltern	<p>v34_1: In welcher Beziehung stehen Ihre leiblichen Eltern zueinander?</p> <p>1 - leben zusammen  2 - getrennt/geschieden  3 - durch den Tod getrennt  4 - nie zusammen gelebt  99 - unbekannt</p>
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	<p>v40_2 - v40_6: Ist ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) schwer erkrankt? (Codieren Sie 0 - nein, 1 - ja; psychische und physische E. bitte genau angeben!)</p> <p>0 - nein  1 - ja</p> <p>1 physische Erkrankungen, beschreiben!  2 psychische Erkrankungen, beschreiben!  3 psychosomatische Beschwerden (Erschöpfung, Kopf-, Bauchschmerzen, Asthma, Schlafstörungen, Herz-Kreislauf-Beschwerden) ohne organische Ursache  4 Selbstmordversuche  5 Suchtprobleme  6 Sonstige, beschreiben!</p>
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	<p>v57: Wurde bei Ihnen in der Kindheit oder Jugend eine psychische Erkrankung diagnostiziert?</p> <p>0 - nein  1 - ja, und zwar: _____  2 - psychosomatische Beschwerden (Erschöpfung, Kopf-, Bauchschmerzen, Asthma, Schlafstörungen, HKL)  3 - Selbstmordversuch  4 - Suchtprobleme  5 - Sonstige: _____</p>

Risikofaktor	Interviewvariable (v)
Nikotinkonsum	<p>v45: Wie viele Zigaretten haben Sie in Ihrer Jugendzeit (8 bis 21 Jahre) pro Tag geraucht?</p> <p>0 - keine 1 bis 10 Zigaretten 11 bis 20 Zigaretten mehr als 20 Zigaretten</p>
Gewalterfahrung	<p>v59: Haben Sie jemals Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt oder mit seelischer Bedrohung/Vernachlässigung gemacht? (wird von der Mutter ausgefüllt)</p> <p>0 - nein      1- ja</p> <p><u>Art</u> körperlich (K) sexuell (S), Vernachlässigung (V) Mobbing (M)</p> <p><u>Lebensphase</u> 1 - Kindheit 2 - Jugend 3 - später</p> <p><u>Ausmaß</u> 1 - selten 2 - gelegentlich 3 - oft</p> <p><u>Täter</u> leibl. Vater Stiefvater leibl. Mutter Stiefmutter Partner anderer (bekannt) Fremder</p>
Drogenkonsum	<p>v122_2: Drogenkonsum <u>während</u> der Schwangerschaft (Häufigkeitsangaben sind bezogen auf 4 Wochen!) gelegentlich (1-3x)/Wochenendkonsum (4 -6x)/ regelmäßiger Konsum je Woche (3-6x)/ täglicher Konsum</p> <p>Haben Sie während der Schwangerschaft Tabak oder Alkohol konsumiert? Tabak Alkohol</p> <p>Haben Sie während der Schwangerschaft weitere Drogen konsumiert? Cannabinoide Halluzinogene (LSD, Pilze) Gase/ Schnüffelfstoffe Stimulanzien Amphetamine (Ecstasy, Speed) Kokain Ketamin Halluzinogene Opiate/Morphin Methadon Codein unverordnete Medikamente</p>

Risikofaktor	Interviewvariable (v)
schlechte schulische Leistungen	<p>v61: Wie sind bzw. waren Ihre Schulleistungen im Durchschnitt? (z. B. anhand des letzten Zeugnisses/der letzten Beurteilung)</p> <p>1 - sehr gut (entspricht Note 1)  2 - gut (entspricht Note 2)  3 - befriedigend (entspricht Note 3)  4 - ausreichend (entspricht Note 4)  5 - mangelhaft (entspricht Note 5)  6 - ungenügend (entspricht Note 6)  99 - unbekannt</p>
Kumulation Risikofaktoren	neue Variable, berechnet aus der Summe vorliegender Risikofaktoren 1-8

### 8.2.3 Übersicht zu Literaturquellen für die untersuchten Risikofaktoren

Risikofaktor	Interviewvariable	Literaturquelle
Abhängigkeit von Transferleistungen	v23_6: Aus welchen Quellen beziehen Sie Ihr Geld - Hartz IV, Sozialhilfe, Arbeitslosengeld II	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ngum Chi Watts et al., 2015</li> <li>- Lampert &amp; Kuntz, 2015</li> <li>- Gavin et al., 2011</li> <li>- Collins, 2010</li> <li>- Henretta et al., 2008</li> <li>- Block &amp; Matthießen, 2007</li> <li>- Friedrich et al., 2005</li> <li>- Hanna, 2001</li> <li>- Musick, 1993</li> </ul>
Trennung der leiblichen Eltern	v34_1: In welcher Beziehung stehen Ihre leiblichen Eltern zueinander? - Getrennt/geschieden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anderson &amp; Pierce, 2015</li> <li>- Ngum Chi Watts et al., 2015</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönna-Böse, 2009</li> <li>- Henretta et al., 2008</li> <li>- Coley &amp; Chase-Landsdale, 1998</li> <li>- Musick, 1993</li> </ul>
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	v40_2 - v40_6: Ist ein Familienmitglied (Eltern, Geschwister) schwer erkrankt? - Psychische Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Van der Sanden et al., 2016</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönna-Böse, 2009</li> <li>- Wille et al., 2008</li> <li>- Ravens-Sieberger et al. 2002</li> </ul>
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	v57: Wurde bei Ihnen in Kindheit oder Jugend eine psychische Erkrankung diagnostiziert? - Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ngum Chi Watts et al., 2015</li> <li>- Kershaw et al., 2014</li> <li>- Hölling et al., 2014</li> <li>- Stillos et al., 2012</li> <li>- Gavin et al., 2011</li> <li>- Pedersen &amp; Mastekaasa, 2010</li> <li>- Wille et al., 2008</li> <li>- Gaines-Lanzi et al., 2007</li> <li>- Figueiredo et al., 2007</li> <li>- Reid &amp; Meadows-Oliver, 2007</li> </ul>

Risikofaktor	Interviewvariable	Literaturquelle
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ravens-Sieberer et al., 2002</li> </ul>
Nikotinkonsum	v45: Wie viele Zigaretten haben Sie in Ihrer Jugendzeit (8-21Jahre) pro Tag geraucht? - 1-10, 11-20, über 20 Zigaretten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bottorff et al., 2014</li> <li>- Lampert &amp; Kuntz, 2014</li> <li>- De Genna et al., 2009</li> <li>- Erhart, 2007</li> </ul>
Gewalterfahrung	v59: Haben Sie jemals Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt oder mit seelischer Bedrohung/Vernachlässigung gemacht? – körperlich, sexuell, Vernachlässigung, Mobbing) - Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schlack &amp; Petermann, 2014</li> <li>- Yael et al., 2014</li> <li>- Berenz et al., 2013</li> <li>- Gavin et al., 2011</li> <li>- Araj, 2003</li> <li>- Hanna, 2001, I</li> <li>- Musick, 1993</li> </ul>
Drogenkonsum	v122_2: Haben Sie während der Schwangerschaft Drogen konsumiert? - Nikotin, Alkohol, Cannabinoide, Halluzinogene, Gase/Schnüffelfstoffe, Stimulanzien, Amphetamine, Kokain, Ketamin, Morphin/Opiate, Methadon, Codein, unverordnete Medikamente? - Ja	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De Genna et al., 2015 &amp; 2009</li> <li>- Salas-Wright et al., 2015</li> <li>- Kuntz et al., 2015</li> <li>- Bottorff et al., 2014</li> <li>- Krenek &amp; Maisto, 2013</li> <li>- Van der Laan et al., 2010</li> <li>- Fergusson et al., 1998</li> </ul>
schlechte schulische Leistungen	v61:Wie sind bzw. waren Ihre Schulleistungen im Durchschnitt? (z. B. anhand des letzten Zeugnisses/der letzten Beurteilung) - Noten 1 - 2 gut, Note 3 durchschnittlich, Noten 4 - 6 schlecht	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ngum Chi Watts et al., 2015</li> <li>- Collins, 2010</li> <li>- Van der Laan et al., 2010</li> <li>- Henretta et al., 2008</li> <li>- Hannemann, 2007</li> <li>- Bonell et al., 2005</li> <li>- Krebs-Remberg, 2005</li> <li>- Araj, 2003</li> <li>- Hanna, 2001, I+II</li> <li>- Musick, 1994</li> </ul>
Kumulation Risikofaktoren	neue Variable, berechnet aus der Summe vorliegender Risikofaktoren 1-8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spicer et al., 2013</li> <li>- Van der Laan et al., 2010</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönna-Böse, 2009</li> <li>- Henretta et al., 2008</li> <li>- Wille et al., 2008</li> <li>- Friedrich et al., 2005</li> <li>- Musick, 1993</li> </ul>

### 8.2.4 Schutzfaktoren

Schutzfaktor	Interviewvariable (v)
Eigener Verdienst	<p>v23_6: Aus welchen Quellen beziehen Sie Ihr Geld? (Mehrfachantworten möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - eigener Verdienst</li> <li>2 - Verdienst aus Tätigkeit des Partners</li> <li>3 - Institutionelle Unterstützung (z. B. Caritas)</li> <li>4 - Kindergeld</li> <li>5 - Rente(n)</li> <li>6 - Sozialhilfe / ALG II / Hartz IV</li> <li>7 - Beiträge anderer Personen</li> <li>8 - Alimente des leiblichen Vaters</li> <li>9 - Unterstützung durch das Jugendamt (Unterhalt des Vaters)</li> <li>10 - Erziehungsgeld</li> <li>11 - Sonstiges:</li> </ul> <hr/>
Erstgeborenes Kind	<p>v33: Welche Stellung haben Sie in der Kinderreihenfolge Ihrer Herkunftsfamilie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - Einzelkind</li> <li>2 - jüngstes Kind</li> <li>3 - mittleres Kind</li> <li>4 - ältestes Kind</li> <li>5 - Zwilling</li> <li>99 - unbekannt</li> </ul>
Intaktheit der Ursprungsfamilie	<p>v34: In welcher Beziehung stehen Ihre leiblichen Eltern zueinander?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - leben zusammen</li> <li>2 - getrennt/geschieden</li> <li>3 - durch den Tod getrennt</li> <li>4 - nie zusammen gelebt</li> <li>99 - unbekannt</li> </ul>
Gute Schulleistungen	<p>v61: Wie sind bzw. waren Ihre Schulleistungen im Durchschnitt? (z. B. anhand des letzten Zeugnisses/der letzten Beurteilung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 - sehr gut (entspricht Note 1)</li> <li>2 - gut (entspricht Note 2)</li> <li>3 - befriedigend (entspricht Note 3)</li> <li>4 - ausreichend (entspricht Note 4)</li> <li>5 - mangelhaft (entspricht Note 5)</li> <li>6 - ungenügend (entspricht Note 6)</li> <li>99 - unbekannt</li> </ul>

Schutzfaktor	Interviewvariable (v)
Enge Freunde	v169: Haben Sie enge Freunde?  0 - nein 1 - ja
Fehlen von Armut	neue Variable, berechnet aus v15: Wieviele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt? v 22: Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltseinkommen(netto)? - > 60% des Nettoäquivalenzeinkommens ( = 18586 Euro/Jahr/Person für das Jahr 2009, Destatis, 2012)  1. Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?  _____ Personen  2. Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltseinkommen (netto)?  _____ € 88 - Antwort verweigert
Kumulation von Schutzfaktoren	neue Variable, berechnet aus der Summe vorliegender Schutzfaktoren 1-6)

### 8.2.5 Übersicht zu Literaturquellen für die untersuchten Schutzfaktoren

Schutzfaktor	Interviewvariable	Literaturquelle
Eigener Verdienst	v23_1: Aus welchen Quellen beziehen Sie Ihr Geld? - Eigener Verdienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collins, 2010</li> <li>- Bancroft, 2004</li> <li>- Cremieux et al., 2004</li> <li>- Hayton, 2002</li> <li>- Taylor, 2001</li> <li>- Evans &amp; Repper, 2000</li> </ul>
Erstgeborenes Kind	v33: Welche Stellung haben Sie in der Kinderreihenfolge Ihrer Herkunftsfamilie? - Ältestes Kind	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bengel et al., 2009</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönnau-Böse 2009</li> <li>- Stöhr et al., 2000</li> </ul>
Intaktheit der Ursprungsfamilie	v34: In welcher Beziehung stehen Ihre leiblichen Eltern zueinander? – Leben zusammen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collins, 2010</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönnau-Böse, 2009</li> <li>- Bengel et al., 2009</li> <li>- Fergus &amp; Zimmermann, 2005</li> </ul>



Schutzfaktor	Interviewvariable	Literaturquelle
Gute Schulleistungen	v61: Wie sind bzw. waren Ihre Schulleistungen im Durchschnitt? (z. B. anhand des letzten Zeugnisses/der letzten Beurteilung) - Noten 1 - 2 gut, Note 3 durchschnittlich, Noten 4 - 6 schlecht)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collins, 2010</li> <li>- Bengel et al., 2009</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönna-Böse, 2009</li> <li>- Fergus &amp; Zimmermann, 2005</li> </ul>
Enge Freunde	v169: Haben Sie enge Freunde? - 1 (ja)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collins, 2010</li> <li>- Bengel et al., 2009</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönna-Böse 2009</li> <li>- Erhart et al., 2007</li> <li>- Fergus &amp; Zimmermann, 2005</li> <li>- Hanna, 2001 I</li> </ul>
Fehlen von Armut	neue Variable, berechnet aus v15: Wieviele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt? v 22: Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltseinkommen(netto)? - > 60% des Nettoäquivalenzeinkommens (= 18586 Euro/Jahr/Person für das Jahr 2009, Destatis, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fergus &amp; Zimmermann, 2005</li> </ul>
Kumulation von Schutzfaktoren	neue Variable, berechnet aus der Summe vorliegender Schutzfaktoren 1-6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Van der Laan et al., 2010</li> <li>- Wille et al., 2008</li> <li>- Fergus &amp; Zimmermann, 2005</li> </ul>

### 8.2.6 Zufriedenheitsindizes

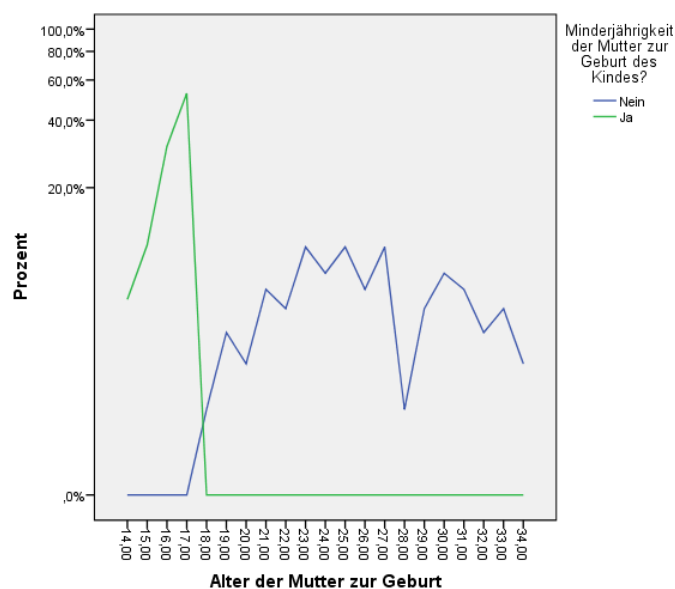
Zufriedenheitsindizes: Wie zufrieden sind Sie mit...	Interviewvariable: 181
Ihren Freundschaften	 1    2    3    4    5    6    7
Ihrer Gesundheit	
Ihrer Arbeit	
Ihrer Familie	
Ihrem Partner	
Ihrem Leben insgesamt?	

## 8.2.7 Übersicht zu Literaturquellen für die untersuchten Zufriedenheitsindizes

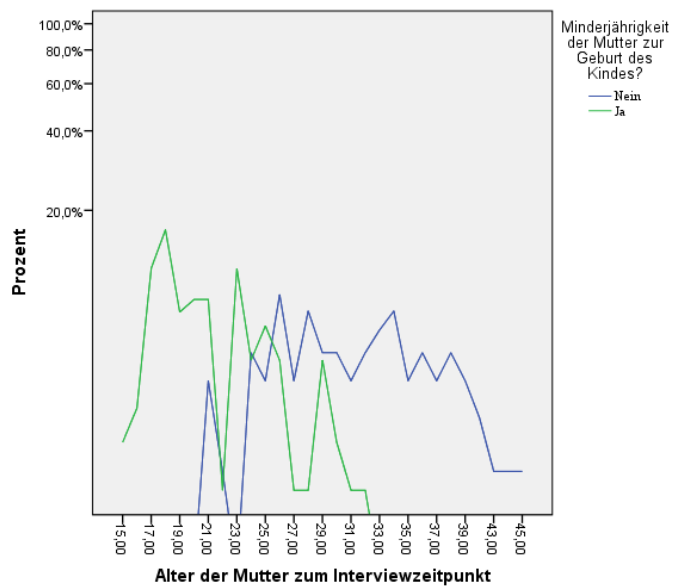
Zufriedenheitsindizes	Interviewvariable	Literaturquelle
Freundschaften	v181_1: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freundschaften? - 1-7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collins, 2010</li> <li>- Bengel et al., 2009</li> <li>- Fröhlich-Gildhoff &amp; Rönnaus-Böse, 2009</li> <li>- Erhart et al., 2007</li> <li>- Fergus &amp; Zimmermann, 2005</li> <li>- Hanna, 2001 I</li> </ul>
Gesundheit	v181_2: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? - 1-7	k.A.
Arbeit	v181_3: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit? - 1-7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collins, 2010</li> </ul>
Familie	v181_4: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Familie? - 1-7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bengel et al., 2009</li> </ul>
Partner	v181_5: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner? - 1-7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kershaw et al., 2013</li> </ul>
Leben	v181_6: Wie zufrieden sind Sie mit dem Leben insgesamt? - 1-7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lucas &amp; Diener, 2000</li> </ul>

## 8.3 Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen

### 8.3.1 Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen bei Geburt des ersten Kindes



### 8.3.2 Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen zum Interviewzeitpunkt



### 8.4 Übersicht über Anschreibeserien

Anschreibeserien	Datum	ver- schickte Anschrei- ben	positive Rückantwo- rten	wegen falscher Adresse zurück	keinerlei Rückant- worten	negative Rückant- wort	unbar - beitete positive Rückant- worten
MiMü+VoMü (1993-2003)	07/2007	493	73	298	122	0	0
MiMü (2005- 09/2007)	09/2007	102	27	27	48	0	0
MiMü+VoMü (1993-2005); MiMü (2005-2007)*	02/2008	112	26	40	45	1	0
MiMü+VoMü (1993-2005); MiMü (2005-2007)**	03/2008	40	8	19	13	0	0
MiMü+VoMü (1993-2007)***	04/2008	213	30	23	156	4	1
EWMA:MiMü aus Rostock (1993-2007)****	05/2008	66	26	13	27	0	0
MiMü (10/2007-07/2008)	07/2008	17	12	0	5	0	0
VoMü (2005-2007)	08/2008	101	19	9	73	0	0
EWMA: MiMü (1993-2008)	08/2008	7	1	0	6	0	0
MiMü+VoMü (08-12/2007); VoMü 2008	12/2008	96	25	2	68	1	0
MiMü (08/2008 - 01/2009)	01/2009	18	4	0	14	0	0
Mundpropaganda*****			4				

Anschreibeserien	Datum	ver- schickte Anschreiben	positive Rückantworten	wegen falscher Adresse zurück	keinerlei Rückantworten	negative Rückantwort	unbar - beitete positive Rückantworten
SUMME		1265	255	431	577	6	1

\* Automatische Adressrecherche im Südstadtklinikum ( neue Adressen durch weitere Krankenhausaufenthalte)

\*\* Manuelle Adressrecherche im Südstadtklinikum (neue Adressen durch weitere Krankenhausaufenthalte)

\*\*\* 2. Anschreibeserie (Brief erhalten, aber keine Rückmeldung)

\*\*\*\* Adressrecherche wegen falscher Adressen über das Einwohnermeldeamt Rostock

\*\*\*\*\* im Südstadtklinikum rekrutiert/ von Studienteilnehmerin empfohlen

## 8.5 Normalverteilung

### 8.5.1 Risikofaktoren

Tests auf Normalverteilung <sup>b</sup>							
	Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Quelle für das Geld: Sozialhilfe / ALG II / Hartz IV	Nein	,469	21	,000	,533	21	,000
	Ja	,480	32	,000	,511	32	,000
Haben sich ihre Eltern getrennt, bevor sie volljährig wurden?	Nein	,512	21	,000	,422	21	,000
	Ja	,434	32	,000	,585	32	,000
Psychische Erkrankung Herkunftsfamilie	Nein	,446	21	,000	,570	21	,000
	Ja	,520	32	,000	,391	32	,000
Haben sie in ihrer Jugendzeit geraucht?	Nein	,348	21	,000	,640	21	,000
	Ja	,520	32	,000	,391	32	,000
Wurde bei Ihnen in der Kindheit oder Jugend eine psychische Erkrankung diagnostiziert?	Nein	,539	21	,000	,228	21	,000
	Ja	,442	32	,000	,472	32	,000
Haben Sie jemals Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt oder mit seelischer Bedrohung/Vernachlässigung gemacht?	Nein	,469	21	,000	,533	21	,000
	Ja	,386	32	,000	,625	32	,000

Drogenkonsum während Ihrer Schwangerschaft?	Nein	,469	21	,000	,533	21	,000
	Ja	,434	32	,000	,585	32	,000
schlechte schulleistungen	Ja	,494	32	,000	,478	32	,000
Anzahl_RF	Nein	,201	21	,027	,902	21	,038
	Ja	,209	32	,001	,923	32	,025
a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors							
b. schlechte schulleistungen ist bei Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes? = Nein konstant und wurde weggelassen.							

### 8.5.2 Schutzfaktoren

Tests auf Normalverteilung							
	Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Besteht Armut?	Nein	,436	61	,000	,583	61	,000
	Ja	,519	69	,000	,397	69	,000
Trennung der Eltern in Kindheit / Jugend?	Nein	,469	61	,000	,535	61	,000
	Ja	,418	69	,000	,602	69	,000
Enge Freunde?	Nein	,519	61	,000	,398	61	,000
	Ja	,508	69	,000	,440	69	,000
Erstgeborene	Nein	,344	61	,000	,637	61	,000
	Ja	,433	69	,000	,587	69	,000
Anzahl_SF	Nein	,168	61	,000	,899	61	,000
	Ja	,280	69	,000	,873	69	,000
gute schulleistungen	Nein	,420	61	,000	,600	61	,000
	Ja	,396	69	,000	,619	69	,000
a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors							

### 8.5.3 SVF

Tests auf Normalverteilung							
	Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
T_BAG	Nein	,139	74	,001	,963	74	,028

	Ja	,085	98	,077	,984	98	,260
T_HER	Nein	,125	74	,006	,961	74	,024
	Ja	,111	98	,005	,981	98	,168
T_SCHAB	Nein	,105	74	,044	,978	74	,218
	Ja	,107	98	,007	,974	98	,051
T_ABL	Nein	,119	74	,011	,970	74	,077
	Ja	,089	98	,056	,978	98	,095
T_ERS	Nein	,100	74	,064	,963	74	,029
	Ja	,157	98	,000	,943	98	,000
T_SEBEST	Nein	,115	74	,017	,972	74	,105
	Ja	,108	98	,007	,981	98	,180
T_SITKON	Nein	,127	74	,005	,961	74	,022
	Ja	,072	98	,200*	,982	98	,188
T_REKON	Nein	,124	74	,007	,975	74	,149
	Ja	,135	98	,000	,967	98	,016
T_POSI	Nein	,142	74	,001	,942	74	,002
	Ja	,119	98	,002	,965	98	,010
T_SOZUBE	Nein	,091	74	,200*	,975	74	,153
	Ja	,099	98	,020	,976	98	,068
T_VERM	Nein	,086	74	,200*	,980	74	,285
	Ja	,096	98	,027	,974	98	,048
T_FLU	Nein	,089	74	,200*	,983	74	,409
	Ja	,151	98	,000	,922	98	,000
T_SOZA	Nein	,150	74	,000	,877	74	,000
	Ja	,159	98	,000	,894	98	,000
T_GEDW	Nein	,114	74	,018	,964	74	,032
	Ja	,071	98	,200*	,967	98	,015
T_RES	Nein	,168	74	,000	,915	74	,000
	Ja	,165	98	,000	,935	98	,000
T_SEMITL	Nein	,088	74	,200*	,954	74	,008
	Ja	,093	98	,038	,950	98	,001
T_SESCH	Nein	,088	74	,200*	,974	74	,126
	Ja	,107	98	,007	,981	98	,171
T_AGG	Nein	,077	74	,200*	,969	74	,065
	Ja	,128	98	,000	,939	98	,000
T_PHA	Nein	,408	74	,000	,690	74	,000



### 8.5.5 BSI

Tests auf Normalverteilung							
	Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
T-Wert für Somatisierung	Nein	,321	69	,000	,758	69	,000
	Ja	,180	94	,000	,890	94	,000
T-Wert für Zwanghaftigkeit	Nein	,189	69	,000	,848	69	,000
	Ja	,136	94	,000	,928	94	,000
T-Wert für Unsicherheit im Sozialkontakt	Nein	,290	69	,000	,781	69	,000
	Ja	,172	94	,000	,905	94	,000
T-Wert für Depressivität	Nein	,338	69	,000	,754	69	,000
	Ja	,260	94	,000	,849	94	,000
T-Wert für Ängstlichkeit	Nein	,261	69	,000	,768	69	,000
	Ja	,201	94	,000	,865	94	,000
T-Wert für Phobische Angst	Nein	,457	69	,000	,552	69	,000
	Ja	,357	94	,000	,734	94	,000
T-Wert für Paranoides Denken	Nein	,252	69	,000	,857	69	,000
	Ja	,176	94	,000	,911	94	,000
T-Wert für Psychotizismus	Nein	,471	69	,000	,515	69	,000
	Ja	,311	94	,000	,793	94	,000
T_WERT_GSI	Nein	,109	69	,040	,966	69	,060
	Ja	,104	94	,014	,970	94	,028
T_Wert_PST	Nein	,117	69	,020	,936	69	,002
	Ja	,102	94	,017	,974	94	,060
T_Wert_PSDI	Nein	,218	69	,000	,916	69	,000



	Ja	,122	94	,001	,940	94	,000
--	----	------	----	------	------	----	------

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

### 8.5.6 PSSI

Tests auf Normalverteilung							
	Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes?	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistik	df	Signifikanz	Statistik	df	Signifikanz
Selbstbestimmt / Antisozial: T-Wert	Nein	,115	73	,018	,976	73	,169
	Ja	,070	95	,200*	,987	95	,455
Zurückhaltend / Schizoid: T-Wert	Nein	,128	73	,005	,955	73	,012
	Ja	,109	95	,007	,981	95	,186
Loyal / Abhängig: T-Wert	Nein	,091	73	,200*	,987	73	,638
	Ja	,098	95	,024	,978	95	,105
Spontan / Borderline: T-Wert	Nein	,172	73	,000	,938	73	,001
	Ja	,129	95	,000	,975	95	,067
Liebenswürdig / Histrionisch: T-Wert	Nein	,131	73	,003	,938	73	,001
	Ja	,078	95	,196	,990	95	,720

\*. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

## 8.6 Gruppenvergleiche der unabhängigen Variablen

### 8.6.1 Risikofaktoren

Man-Whitney-U-Test:

Interview-Item	Alter-Code	Mittelwert	SD	Signifikanz
Risikokumulation	MiMü	5,69	2,38	0,000***
	VoMü	2,14	1,68	

Kreuztabellen:

Interview-Item		MiMü	VoMü	Chi Quadrat nach Pearson	df	Signifikanz
	ja	69,3 %	32,0 %	24,073	1	0,000 ***

Interview-Item		MiMü	VoMü	Chi Quadrat nach Pearson	df	Signifikanz
Abhängigkeit von Transferleistungen	nein	30,7 %	68 %			
Trennung der leiblichen Eltern	ja	63,6%	25,7 %	24,475	1	0,000***
	nein	36,4%	74,3 %			
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	ja	19,8 %	17,3 %	0,172	1	0,678
	nein	80,2%	82,7%			
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	ja	11,9 %	9,3 %	3,667	6	0,722
	nein	88,1%	90,7 %			
Nikotinkonsum in Jugend	ja	92%	58,7 %	27,495	1	0,000***
	nein	8%	41,3 %			
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	ja	40,6%	26,7 %	3,686	1	0,039*
	nein	59,4%	73,3 %			
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	ja	55,4%	20 %	22,468	1	0,000***
	nein	44,6%	80 %			
Schlechte schulische Leistungen	ja	23,2%	4 %	12,419	1	0,000***
	nein	76,8%	96 %			

### 8.6.2 Schutzfaktoren

Man-Whitney-U-Test:

Interview-Item	Alter-Code	Mittelwert	SD	Signifikanz
Schutzfaktor kumulation	MiMü	1,6	1,26	0,000***
	VoMü	3,53	1,24	

Kreuztabellen:

Skala		MiMü	VoMü	Chi Quadrat nach Pearson	df	Signifikanz
Eigener Verdienst	ja	32,7 %	60 %	13,024	1	0,000 ***
	nein	67,3 %	40 %			
Erstgeborenes Kind	ja	29,6 %	50 %	6,677	1	0,01**

Skala		MiMü	VoMü	Chi Quadrat nach Pearson	df	Signifikanz
Intaktheit der Ursprungsfamilie	nein	70,4 %	50 %	24,475	1	0,000***
	ja	36,4 %	74,3 %			
	nein	63,6 %	25,7 %			
Gute Schulleistungen	ja	38,4 %	69,3 %	16,369	1	0,000***
	nein	61,6 %	30,7 %			
Enge Freunde	ja	86,1 %	88 %	0,131	1	0,717
	nein	13,9 %	12 %			
Fehlen von Armut	ja	14,5 %	69 %	47,614	1	0,000 ***
	nein	85,5 %	31 %			

### 8.6.3 Habituelles Coping

Mittelwertvergleiche:

SVF-Skala	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
Bagatellisieren	MiMü	51,67	9,18	0,333
	VoMü	49,81	9,77	
Herunterspielen	MiMü	59,0	10,9	0,008*
	VoMü	55,2	10,3	
Schuldabwehr	MiMü	45,63	8,96	0,678
	VoMü	46,25	10,17	
Ablenkung	MiMü	45,35	9,81	0,595
	VoMü	46,15	11,89	
Ersatzbefriedigung	MiMü	44,68	11,53	0,141
	VoMü	41,49	9,18	
Selbstbestätigung	MiMü	48,01	8,97	0,106
	VoMü	45,44	10,12	
Situationskontrolle	MiMü	49,80	10,47	0,094
	VoMü	52,53	9,90	
Reaktionskontrolle	MiMü	49,30	11,86	0,135
	VoMü	51,90	10,62	

SVF-Skala	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
Positive Selbstinduktion	MiMü	51,45	10,43	0,672
	VoMü	50,68	10,51	
Soziales Unterstützungsbedürfnis	MiMü	45,41	11,19	0,876
	VoMü	45,51	11,52	
Vermeidung	MiMü	48,34	10,46	0,489
	VoMü	47,10	9,89	
Flucht	MiMü	43,47	9,76	0,762
	VoMü	41,80	5,88	
Soziale Abkapselung	MiMü	42,32	7,81	0,281
	VoMü	40,88	7,07	
Gedankliche Weiterbeschäftigung	MiMü	37,89	11,71	0,813
	VoMü	37,13	10,72	
Resignation	MiMü	41,20	9,60	0,027*
	VoMü	37,90	8,00	
Selbstbemitleidung	MiMü	43,2	10,90	0,04*
	VoMü	39,3	8,20	
Selbstbeschuldigung	MiMü	46,12	12,94	0,418
	VoMü	43,92	10,93	
Aggression	MiMü	39,85	9,50	0,297
	VoMü	40,62	8,48	
Pharmakaeinnahme	MiMü	49,5	5,80	0,001***
	VoMü	46,5	5,20	

SVF-Skala	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
Gesamtwert Positivstrategien	MiMü	49,30	11,0	0,97
	VoMü	48,6	10,3	
Pos I	MiMü	52,8	9,6	0,165
	VoMü	50,8	9,6	
Pos II	MiMü	45,0	12,4	0,273
	VoMü	42,8	11,1	

SVF-Skala	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
Pos III	MiMü	50,2	11,2	0,242
	VoMü	52,2	10,4	
Negativstrategien	MiMü	39,5	12,1	0,241
	VoMü	36,3	8,9	

## 8.7 Gruppenvergleiche der abhängigen Variablen

### 8.7.1 Zufriedenheitsindizes

#### Mittelwertvergleiche

Zufriedenheit mit ...	Alter - Code	Mittelwert	SD	Signifikanz
Freundschaften	MiMü	5,77	1,38	0,264
	VoMü	6,05	1,06	
Gesundheit	MiMü	5,61	1,4	0,568
	VoMü	5,84	0,99	
Arbeit	MiMü	4,32	2,21	0,097
	VoMü	5,02	1,84	
Familie	MiMü	6,02	1,38	0,007**
	VoMü	6,54	0,78	
Partner	MiMü	6,26	1,01	0,97
	VoMü	6,10	1,48	
Leben	MiMü	5,82	1,12	0,341
	VoMü	5,95	1,11	

### 8.7.2 Aktuelle subjektive Symptombelastung (BSI)

#### Mittelwertvergleiche:

BSI - Einzelskalen	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
Somatisierung	MiMü	52,4	12,3	0,001***
	VoMü	46,2	9,2	
Zwanghaftigkeit	MiMü	50,0	11,8	0,01**
	VoMü	45,5	10,8	
Unsicherheit im Sozialkontakt	MiMü	51,2	11,4	0,015*
	VoMü	47,3	11,5	
Depressivität	MiMü	51,2	10,2	0,021*
	VoMü	47,1	8,9	
Ängstlichkeit	MiMü	48,4	11,2	0,069
	VoMü	45,63	10,8	

BSI - Einzelskalen	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
Aggressivität	MiMü	53,67	12,1	0,081
	VoMü	50,34	10,4	
Phobische Angst	MiMü	51,2	10,2	0,042*
	VoMü	48,0	7,1	
Paranoides Denken	MiMü	54,5	11,6	0,043*
	VoMü	51,0	10,5	
Psychotizismus	MiMü	52,9	11,6	0,001***
	VoMü	46,7	7,4	

BSI - Globale Kennwerte	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
GSI	MiMü	52,2	15,0	0,000***
	VoMü	43,5	12,0	
PST	MiMü	49,8	14,0	0,000***
	VoMü	44,3	13,3	
PSDI	MiMü	57,3	14,0	0,000***
	VoMü	47,6	12,7	

#### Kreuztabellen:

BSI - Globale Kennwerte	Alter bei Erstgeburt	Grenzwerte > 60	Chi Quadrat nach Pearson	df	Signifikanz
GSI	MiMü	38,1 %	17,705	1	0,000***
	VoMü	9,6 %			
PST	MiMü	27,8 %	8,667	1	0,003**
	VoMü	9,6 %			
PSDI	MiMü	49,5 %	14,953	1	0,000***
	VoMü	20,5 %			

#### 8.7.3 Persönlichkeitsstile (PSSI)

Mittelwertvergleiche:

PSSI - Einzelskalen	Alter - Code	MW der T-Werte	SD	Signifikanz
Selbstbestimmter Stil	MiMü	51,7	9,4	0,067
	VoMü	48,8	8,3	
Eigenwilliger Stil	MiMü	50,7	8,8	0,027*
	VoMü	47,7	9,0	
Zurückhaltender Stil	MiMü	52,0	5,7	0,105
	VoMü	50,2	6,8	
Loyal-er Stil	MiMü	51,4	8,9	0,000***
	VoMü	46,0	7,8	
Spontaner Stil	MiMü	47,1	7,8	0,000***
	VoMü	40,7	6,9	
Liebenswürdiger Stil	MiMü	49,1	8,5	0,118
	VoMü	47,7	8,7	

### Kreuztabellen:

PSSI - Einzelskalen	Alter bei Erstgeburt	Grenzwert > 60	Chi-Quadrat nach Pearson	df	Signifikanz
Selbstbestimmt-Antisozial	MiMü	15,3 %	2,695	1	0,101
	VoMü	7 %			
Eigenwillig-Paranoid	MiMü	13,1 %	3,846	1	0,05*
	VoMü	4,2 %			
Zurückhaltend-Schizoid	MiMü	10,3 %	0,164	1	0,685
	VoMü	8,5 %			
Loyal-Abhängig	MiMü	14,3 %	6,318	1	0,012*

Spontan-Borderline	VoMü	2,8 %	1,640	1	0,200
	MiMü	5,1 %			
	VoMü	1,4 %			
Liebenswürdig-Histrionisch	MiMü	11,2 %	2,655	1	0,103
	VoMü	4,2 %			

## 8.8 Korrelationsberechnungen

### 8.8.1 SVF-Zufriedenheitsindizes

Korrelationen								
Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes?		Zufriedenheit	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freundschaften?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeit?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Familie?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Partner?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?
SVF								
Nein	T_BAG	Korrelation nach Pearson	,121	-,175	-,179	-,104	,060	,026
		Signifikanz (2-seitig)	,307	,135	,171	,381	,623	,828
		N	73	74	60	73	69	74
	T_HER	Korrelation nach Pearson	,129	,025	-,192	-,067	,094	,045
		Signifikanz (2-seitig)	,278	,830	,142	,576	,442	,703
		N	73	74	60	73	69	74
	T_SCHAB	Korrelation nach Pearson	,071	-,009	-,234	-,049	-,005	-,135
		Signifikanz (2-seitig)	,549	,938	,072	,681	,966	,253



	T_ABL	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	,036	-,081	-,117	-,172	,109	-,005
		Signifikanz (2-seitig)	,764	,491	,373	,145	,370	,969
	T_ERS	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	-,014	-,104	,023	-,235*	-,112	-,152
		Signifikanz (2-seitig)	,903	,380	,864	,046	,360	,195
	T_SEBEST	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	,050	-,246*	,092	-,321**	-,090	-,283*
		Signifikanz (2-seitig)	,672	,034	,487	,006	,462	,015
	T_SITKON	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	,248*	-,073	,113	-,034	,127	,002
		Signifikanz (2-seitig)	,035	,537	,391	,776	,299	,988
	T_REKON	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	,071	-,032	-,123	-,081	,097	-,087
		Signifikanz (2-seitig)	,548	,789	,350	,496	,426	,459
	T_POSI	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	,262*	,038	-,013	-,103	,141	-,001
		Signifikanz (2-seitig)	,025	,745	,920	,388	,247	,995
		N	73	74	60	73	69	74
		N	73	74	60	73	69	74
		N	73	74	60	73	69	74
		N	73	74	60	73	69	74

	T_SOZUBE	Korrelation nach Pearson	-,001	-,026	,073	-,030	-,077	-,078
		Signifikanz (2-seitig)	,991	,828	,579	,804	,530	,510
		N	73	74	60	73	69	74
	T_VERM	Korrelation nach Pearson	,239*	-,142	-,058	-,056	,118	-,141
		Signifikanz (2-seitig)	,042	,228	,662	,638	,336	,229
		N	73	74	60	73	69	74
	T_FLU	Korrelation nach Pearson	,002	-,173	-,110	-,169	-,121	-,203
		Signifikanz (2-seitig)	,985	,140	,402	,152	,321	,083
		N	73	74	60	73	69	74
	T_SOZA	Korrelation nach Pearson	,138	-,111	-,080	-,165	-,214	-,058
		Signifikanz (2-seitig)	,243	,346	,546	,164	,077	,623
		N	73	74	60	73	69	74
	T_GEDW	Korrelation nach Pearson	-,050	-,129	,107	-,191	-,038	-,136
		Signifikanz (2-seitig)	,672	,273	,418	,105	,757	,249
		N	73	74	60	73	69	74
	T_RES	Korrelation nach Pearson	-,074	-,228	-,194	-,160	-,150	-,277*
		Signifikanz (2-seitig)	,535	,051	,138	,178	,218	,017
		N	73	74	60	73	69	74
	T_SEMITL	Korrelation nach Pearson	-,079	-,320**	-,240	-,213	-,065	-,332**

		Signifikanz (2-seitig)	,508	,005	,065	,071	,595	,004
		N	73	74	60	73	69	74
	T_SESCH	Korrelation nach Pearson	,085	-,201	,027	-,167	-,094	-,229*
		Signifikanz (2-seitig)	,473	,087	,838	,159	,444	,050
		N	73	74	60	73	69	74
	T_AGG	Korrelation nach Pearson	-,079	-,272*	-,046	-,148	-,323**	-,146
		Signifikanz (2-seitig)	,505	,019	,725	,212	,007	,215
		N	73	74	60	73	69	74
	T_PHA	Korrelation nach Pearson	,133	-,256*	-,033	-,182	-,039	-,136
		Signifikanz (2-seitig)	,260	,028	,801	,123	,749	,247
		N	73	74	60	73	69	74
	T_Pos_Gesamt	Korrelation nach Pearson	,184	-,140	-,084	-,216	,047	-,125
		Signifikanz (2-seitig)	,119	,235	,522	,066	,699	,290
		N	73	74	60	73	69	74
	T_Pos_I	Korrelation nach Pearson	,144	-,085	-,260*	-,093	,075	-,026
		Signifikanz (2-seitig)	,225	,473	,045	,434	,541	,826
		N	73	74	60	73	69	74
	T_Pos_II	Korrelation nach Pearson	,013	-,154	-,002	-,271*	-,022	-,156
		Signifikanz (2-seitig)	,915	,190	,987	,021	,859	,186

	T_Pos_III	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	,252*	-,039	,030	-,072	,166	-,036
		Signifikanz (2-seitig)	,032	,739	,819	,546	,172	,763
	T_Neg	N	73	74	60	73	69	74
		Korrelation nach Pearson	,011	-,235*	-,074	-,231*	-,140	-,262*
		Signifikanz (2-seitig)	,925	,044	,572	,049	,253	,024
		N	73	74	60	73	69	74
Ja	T_BAG	Korrelation nach Pearson	,006	,243*	,097	-,105	,091	,197
		Signifikanz (2-seitig)	,957	,016	,403	,303	,428	,052
		N	96	98	76	98	78	98
	T_HER	Korrelation nach Pearson	-,014	,043	,090	,027	,077	,187
		Signifikanz (2-seitig)	,892	,676	,440	,794	,501	,065
		N	96	98	76	98	78	98
	T_SCHAB	Korrelation nach Pearson	-,005	,098	,106	-,122	,125	,197
		Signifikanz (2-seitig)	,959	,336	,361	,231	,274	,052
		N	96	98	76	98	78	98
	T_ABL	Korrelation nach Pearson	,012	,016	,091	-,141	,172	,050
		Signifikanz (2-seitig)	,905	,872	,432	,165	,131	,622
		N	96	98	76	98	78	98

	T_ERS	Korrelation nach Pearson	-,036	,072	-,019	,037	,125	,262**
		Signifikanz (2-seitig)	,726	,482	,869	,720	,277	,009
		N	96	98	76	98	78	98
	T_SEBEST	Korrelation nach Pearson	-,066	,075	,098	-,136	,223*	,217*
		Signifikanz (2-seitig)	,521	,462	,401	,183	,049	,032
		N	96	98	76	98	78	98
	T_SITKON	Korrelation nach Pearson	,074	,119	,043	,033	,059	,093
		Signifikanz (2-seitig)	,474	,241	,711	,746	,609	,365
		N	96	98	76	98	78	98
	T_REKON	Korrelation nach Pearson	-,123	,067	,207	-,049	,196	,006
		Signifikanz (2-seitig)	,231	,509	,073	,633	,086	,954
		N	96	98	76	98	78	98
	T_POSI	Korrelation nach Pearson	,051	,091	-,004	-,079	,129	,238*
		Signifikanz (2-seitig)	,624	,375	,973	,438	,262	,018
		N	96	98	76	98	78	98
	T_SOZUBE	Korrelation nach Pearson	-,034	-,029	-,073	-,165	,164	-,142
		Signifikanz (2-seitig)	,740	,778	,532	,105	,152	,165
		N	96	98	76	98	78	98
	T_VERM	Korrelation nach Pearson	-,191	,157	-,167	-,121	,050	-,031

		Signifikanz (2-seitig)	,063	,122	,150	,236	,664	,763
		N	96	98	76	98	78	98
	T_FLU	Korrelatio n nach Pearson	-,204*	,120	-,124	-,066	,105	-,195
		Signifikanz (2-seitig)	,046	,240	,285	,518	,361	,054
		N	96	98	76	98	78	98
	T_SOZA	Korrelatio n nach Pearson	-,231*	,018	-,178	-,235*	,078	-,121
		Signifikanz (2-seitig)	,024	,862	,123	,020	,496	,233
		N	96	98	76	98	78	98
	T_GEDW	Korrelatio n nach Pearson	-,099	,126	-,133	-,121	,148	-,031
		Signifikanz (2-seitig)	,339	,216	,254	,237	,195	,763
		N	96	98	76	98	78	98
	T_RES	Korrelatio n nach Pearson	-,201*	,115	-,309**	-,179	,201	-,171
		Signifikanz (2-seitig)	,049	,258	,007	,078	,078	,092
		N	96	98	76	98	78	98
	T_SEMITL	Korrelatio n nach Pearson	-,245*	,033	-,246*	-,136	,108	-,080
		Signifikanz (2-seitig)	,016	,745	,032	,182	,347	,436
		N	96	98	76	98	78	98
	T_SESCH	Korrelatio n nach Pearson	-,261*	,059	-,233*	-,207*	,176	-,167
		Signifikanz (2-seitig)	,010	,565	,043	,040	,123	,101

		N	96	98	76	98	78	98
	T_AGG	Korrelation nach Pearson	-,112	,008	-,105	,017	,116	-,105
		Signifikanz (2-seitig)	,278	,941	,369	,871	,311	,302
		N	96	98	76	98	78	98
	T_PHA	Korrelation nach Pearson	-,033	,036	-,374**	-,201*	,018	-,130
		Signifikanz (2-seitig)	,752	,726	,001	,048	,873	,202
		N	96	98	76	98	78	98
	T_Pos_Gesamt	Korrelation nach Pearson	-,013	,144	,122	-,083	,215	,227*
		Signifikanz (2-seitig)	,901	,157	,295	,419	,058	,025
		N	96	98	76	98	78	98
	T_Pos_I	Korrelation nach Pearson	-,013	,185	,134	-,085	,113	,274**
		Signifikanz (2-seitig)	,901	,069	,247	,404	,325	,006
		N	96	98	76	98	78	98
	T_Pos_II	Korrelation nach Pearson	-,053	,047	,058	-,105	,175	,188
		Signifikanz (2-seitig)	,608	,646	,620	,306	,125	,063
		N	96	98	76	98	78	98
	T_Pos_III	Korrelation nach Pearson	,003	,110	,088	-,033	,149	,131
		Signifikanz (2-seitig)	,975	,281	,451	,747	,193	,198
		N	96	98	76	98	78	98





	T_SCH AB	Korrel ation nach Pearso n	,129	,068	,015	,088	-,074	,020	-,120	,003	-,119	,106	,083	,03 3
		Signifi kanz (2- seitig)	,281	,568	,900	,463	,534	,869	,314	,980	,320	,390	,488	,78 8
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_ABL	Korrel ation nach Pearso n	,170	,169	-,080	,193	,072	,162	,156	,108	,193	,127	,171	- ,00 8
		Signifi kanz (2- seitig)	,153	,155	,507	,104	,545	,175	,192	,368	,104	,303	,152	,95 1
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_ERS	Korrel ation nach Pearso n	-,018	<b>,254*</b>	,167	<b>,257*</b>	,060	,112	-,000	,227	<b>,238*</b>	,220	<b>,247*</b>	- ,02 3
		Signifi kanz (2- seitig)	,879	<b>,031</b>	,162	<b>,029</b>	,620	,350	,999	,055	<b>,044</b>	,071	<b>,037</b>	,85 1
		N	72	<b>72</b>	72	<b>72</b>	72	72	72	72	<b>72</b>	68	<b>72</b>	<b>68</b>
	T_SEB EST	Korrel ation nach Pearso n	,219	<b>,248*</b>	<b>,275*</b>	<b>,343**</b>	,171	<b>,309**</b>	,115	<b>,243*</b>	<b>,322**</b>	<b>,346*</b> *	<b>,313*</b> *	,10 7
		Signifi kanz (2- seitig)	,064	<b>,036</b>	<b>,019</b>	<b>,003</b>	,150	<b>,008</b>	,337	<b>,039</b>	<b>,006</b>	<b>,004</b>	<b>,007</b>	,38 6
		N	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	72	<b>72</b>	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>

	T_SITK ON	Korrel ation nach Pearso n	,041	-,062	,100	,023	-,095	,112	-,052	-,075	-,044	-,008	-,044	,02 7
		Signifi kanz (2- seitig)	,730	,603	,403	,846	,428	,350	,665	,530	,712	,947	,716	,82 5
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_REK ON	Korrel ation nach Pearso n	,154	-,022	-,020	,115	,054	,100	,062	-,067	-,016	,014	,034	- ,09 7
		Signifi kanz (2- seitig)	,196	,854	,869	,336	,650	,403	,606	,578	,896	,912	,777	,43 3
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_POS I	Korrel ation nach Pearso n	,100	-,049	,050	-,002	-,091	,089	-,078	-,015	-,059	,011	,014	,05 3
		Signifi kanz (2- seitig)	,401	,680	,675	,985	,446	,455	,514	,902	,620	,927	,909	,66 8
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_SOZ UBE	Korrel ation nach Pearso n	,082	,189	<b>,296*</b>	,210	,060	,197	,024	,105	,069	<b>,249*</b>	,268*	,15 0
		Signifi kanz (2- seitig)	,491	,112	<b>,011</b>	,077	,618	,097	,843	,379	,565	<b>,040</b>	,023	,22 2
		N	72	72	<b>72</b>	72	72	72	72	72	72	<b>68</b>	72	68

	T_VER M	Korrel ation nach Pearso n	,078	,097	<b>,238*</b>	<b>,244*</b>	,027	,137	-,022	,147	,107	,128	,145	- ,02 8
		Signifi kanz (2- seitig)	,513	,416	<b>,044</b>	<b>,039</b>	,825	,252	,854	,217	,373	,299	,223	,82 1
		N	72	72	<b>72</b>	<b>72</b>	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_FLU	Korrel ation nach Pearso n	,150	<b>,369**</b>	<b>,261*</b>	<b>,356**</b>	,122	<b>,277*</b>	<b>,248*</b>	<b>,267*</b>	<b>,283*</b>	<b>,327* *</b>	<b>,351* *</b>	,02 0
		Signifi kanz (2- seitig)	,209	<b>,001</b>	<b>,027</b>	<b>,002</b>	,306	<b>,018</b>	<b>,036</b>	<b>,023</b>	<b>,016</b>	<b>,006</b>	<b>,003</b>	,87 1
		N	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>
	T_SOZ A	Korrel ation nach Pearso n	-,051	,228	,200	<b>,303**</b>	,102	,125	,089	<b>,314**</b>	<b>,306**</b>	<b>,280*</b>	<b>,239*</b>	,25 1*
		Signifi kanz (2- seitig)	,670	,054	,092	<b>,010</b>	,394	,294	,459	<b>,007</b>	<b>,009</b>	<b>,021</b>	<b>,043</b>	,03 9
		N	72	72	72	<b>72</b>	72	72	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>
	T_GED W	Korrel ation nach Pearso n	,151	,209	<b>,276*</b>	<b>,356**</b>	<b>,260*</b>	<b>,341**</b>	<b>,330**</b>	,203	<b>,289*</b>	<b>,289*</b>	<b>,295*</b>	,18 9
		Signifi kanz (2- seitig)	,207	,079	<b>,019</b>	<b>,002</b>	<b>,027</b>	<b>,003</b>	<b>,005</b>	,087	<b>,014</b>	<b>,017</b>	<b>,012</b>	,12 2
		N	72	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	72	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>

	T_RES	Korrelation nach Pearson	,083	<b>,282*</b>	<b>,373**</b>	<b>,479**</b>	<b>,265*</b>	,213	,217	<b>,458**</b>	<b>,367**</b>	<b>,378*</b> *	<b>,398*</b> *	<b>,146</b>
		Signifikanz (2-seitig)	,486	<b>,017</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,024</b>	,072	,067	<b>,000</b>	<b>,002</b>	<b>,001</b>	<b>,001</b>	<b>,234</b>
		N	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	72	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>
	T_SEMITL	Korrelation nach Pearson	,107	<b>,278*</b>	<b>,232</b>	<b>,412**</b>	,226	<b>,264*</b>	,224	<b>,373**</b>	<b>,364**</b>	<b>,333*</b> *	<b>,346*</b> *	<b>,042</b>
		Signifikanz (2-seitig)	,373	<b>,018</b>	<b>,050</b>	<b>,000</b>	,056	<b>,025</b>	,058	<b>,001</b>	<b>,002</b>	<b>,006</b>	<b>,003</b>	<b>,732</b>
		N	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	72	<b>72</b>	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>
	T_SESCH	Korrelation nach Pearson	,081	,220	<b>,265*</b>	<b>,401**</b>	<b>,266*</b>	<b>,312**</b>	,220	<b>,316**</b>	<b>,342**</b>	<b>,260*</b>	<b>,301*</b>	<b>,094</b>
		Signifikanz (2-seitig)	,501	,063	<b>,024</b>	<b>,000</b>	<b>,024</b>	<b>,008</b>	,063	<b>,007</b>	<b>,003</b>	<b>,032</b>	<b>,010</b>	<b>,444</b>
		N	72	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>
	T_AGG	Korrelation nach Pearson	<b>,282*</b>	<b>,312**</b>	,215	<b>,391**</b>	<b>,322**</b>	<b>,464**</b>	<b>,354**</b>	<b>,248*</b>	<b>,370**</b>	<b>,479*</b> *	<b>,427*</b> *	<b>,389*</b> *
		Signifikanz (2-seitig)	<b>,016</b>	<b>,008</b>	,069	<b>,001</b>	<b>,006</b>	<b>,000</b>	<b>,002</b>	<b>,036</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,001</b>
		N	<b>72</b>	<b>72</b>	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>

	T_PHA	Korrelation nach Pearson	,031	,002	,039	,167	,075	,123	,024	,071	-,010	,125	,055	,191
		Signifikanz (2-seitig)	,796	,988	,743	,161	,529	,304	,843	,556	,935	,310	,646	,118
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_Pos_Gesamt	Korrelation nach Pearson	,172	,120	,060	,182	-,014	,146	-,032	,062	,067	,162	,143	,012
		Signifikanz (2-seitig)	,149	,314	,616	,126	,904	,221	,791	,603	,574	,187	,231	,921
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_Pos_I	Korrelation nach Pearson	,098	-,001	-,092	-,009	-,116	-,091	-,168	-,029	-,155	,050	,000	-,046
		Signifikanz (2-seitig)	,414	,991	,442	,940	,330	,448	,159	,812	,192	,688	,999	,708
		N	72	72	72	72	72	72	72	72	72	68	72	68
	T_Pos_II	Korrelation nach Pearson	,122	<b>,264*</b>	,149	<b>,331**</b>	,116	,226	,107	<b>,235*</b>	<b>,299*</b>	<b>,259*</b>	<b>,288*</b>	-,007
		Signifikanz (2-seitig)	,307	<b>,025</b>	,211	<b>,004</b>	,331	,056	,371	<b>,047</b>	<b>,011</b>	<b>,033</b>	<b>,014</b>	,954
		N	72	<b>72</b>	72	<b>72</b>	72	72	72	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>72</b>	<b>68</b>









	T_VER M	Korrel ation nach Pearso n	,010	,162	<b>,218*</b>	,169	,098	,177	,149	<b>,223*</b>	,158	<b>,210*</b>	,184	,140
		Signifi kanz (2- seitig)	,926	,116	<b>,033</b>	,099	,344	,085	,148	<b>,029</b>	,123	<b>,043</b>	,072	,175
		N	96	96	<b>96</b>	96	96	96	96	<b>96</b>	96	<b>93</b>	96	96
	T_FLU	Korrel ation nach Pearso n	,050	<b>,292**</b>	<b>,280**</b>	<b>,271**</b>	,128	<b>,318**</b>	,185	<b>,289**</b>	<b>,273**</b>	<b>,299*</b>	<b>,283*</b>	<b>,189</b>
		Signifi kanz (2- seitig)	,626	<b>,004</b>	<b>,006</b>	<b>,008</b>	,213	<b>,002</b>	,071	<b>,004</b>	<b>,007</b>	<b>,004</b>	<b>,005</b>	,065
		N	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	96	<b>96</b>	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
	T_SOZ A	Korrel ation nach Pearso n	<b>,222*</b>	<b>,344**</b>	<b>,373**</b>	<b>,367**</b>	<b>,286**</b>	<b>,418**</b>	<b>,427**</b>	<b>,299**</b>	<b>,397**</b>	<b>,421*</b>	<b>,445*</b>	<b>,237*</b>
		Signifi kanz (2- seitig)	<b>,030</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,005</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,003</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,020
		N	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
	T_GED W	Korrel ation nach Pearso n	,186	,086	<b>,243*</b>	,194	<b>,223*</b>	,113	<b>,361**</b>	<b>,265**</b>	<b>,252*</b>	<b>,254*</b>	<b>,281*</b>	<b>,119</b>
		Signifi kanz (2- seitig)	,069	,407	<b>,017</b>	,059	<b>,029</b>	,274	<b>,000</b>	<b>,009</b>	<b>,013</b>	<b>,014</b>	<b>,006</b>	<b>,247</b>
		N	96	96	<b>96</b>	96	<b>96</b>	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>

	T_RES	Korrelation nach Pearson	,118	<b>,270**</b>	<b>,339**</b>	<b>,396**</b>	,195	<b>,439**</b>	<b>,326**</b>	<b>,322**</b>	<b>,384**</b>	<b>,380*</b>	<b>,395*</b>	<b>,168</b>
		Signifikanz (2-seitig)	,251	<b>,008</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	,057	<b>,000</b>	<b>,001</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,103</b>
		N	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
	T_SEMITL	Korrelation nach Pearson	,179	<b>,237*</b>	<b>,343**</b>	<b>,352**</b>	,196	<b>,372**</b>	<b>,300**</b>	<b>,394**</b>	<b>,312**</b>	<b>,360*</b>	<b>,374*</b>	<b>,240*</b>
		Signifikanz (2-seitig)	,082	<b>,020</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	,056	<b>,000</b>	<b>,003</b>	<b>,000</b>	<b>,002</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,018</b>
		N	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
	T_SESCH	Korrelation nach Pearson	,159	<b>,212*</b>	<b>,342**</b>	<b>,304**</b>	<b>,274**</b>	<b>,353**</b>	<b>,391**</b>	<b>,277**</b>	<b>,302**</b>	<b>,349*</b>	<b>,369*</b>	<b>,147</b>
		Signifikanz (2-seitig)	,122	<b>,038</b>	<b>,001</b>	<b>,003</b>	<b>,007</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,006</b>	<b>,003</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,154</b>
		N	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
	T_AGG	Korrelation nach Pearson	<b>,204*</b>	<b>,374**</b>	<b>,474**</b>	<b>,375**</b>	,200	<b>,452**</b>	<b>,469**</b>	<b>,343**</b>	<b>,362**</b>	<b>,447*</b>	<b>,433*</b>	<b>,205*</b>
		Signifikanz (2-seitig)	<b>,047</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,051	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,001</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,046</b>
		N	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>



	T_Pos _III	Korrela- tion nach Pearso- n	-,076	,072	-,049	-,089	,157	-,090	,115	-,030	-,055	,015	,008	-, 26 7* *
		Signifi- kanz (2- seitig)	,463	,487	,633	,390	,127	,382	,264	,769	,594	,890	,939	,00 9
		N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	93	96	96
	T_Neg	Korrela- tion nach Pearso- n	,186	<b>,282**</b>	<b>,391**</b>	<b>,381**</b>	<b>,273**</b>	<b>,401**</b>	<b>,405**</b>	<b>,393**</b>	<b>,381**</b>	<b>,423*</b>	<b>,439*</b>	<b>,23 2*</b>
		Signifi- kanz (2- seitig)	,070	<b>,005</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,007</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,02 3</b>
		N	96	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>93</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
	**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.													
	*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.													

### 8.8.3 SVF-PSSI

Korrelationen								
Minderjährigkeit der Mutter zur Geburt des Kindes?		PSSI	Liebenswürdig / Histrionisch: T-Wert	Spontan / Borderline: T-Wert	Loyal / Abhängig: T-Wert	Selbstbestimmt / Antisozial: T- Wert	Eigenwillig / Paranoid: T-Wert	Zurückhaltend / Schizoid: T-Wert
Nein	SVF							
	T_BAG	Korrela- tion nach Pearson	,220	,056	,098	<b>,237*</b>	-,073	-,037
		Signifikan- z (2- seitig)	,062	,639	,411	<b>,044</b>	,537	,753
		N	73	73	73	<b>73</b>	73	73
	T_HER	Korrela- tion nach Pearson	,213	-,002	-,159	<b>,335**</b>	-,051	,113

		Signifikanz (2-seitig)	,071	,986	,180	,004	,671	,340
		N	73	73	73	73	73	73
	T_SCHAB	Korrelation nach Pearson	,042	,101	,006	,243*	,084	,026
		Signifikanz (2-seitig)	,726	,395	,962	,038	,479	,824
		N	73	73	73	73	73	73
	T_ABL	Korrelation nach Pearson	,149	,236*	,135	,399**	,017	,139
		Signifikanz (2-seitig)	,209	,045	,253	,000	,889	,239
		N	73	73	73	73	73	73
	T_ERS	Korrelation nach Pearson	-,094	,196	,092	,159	,043	,247*
		Signifikanz (2-seitig)	,427	,097	,438	,179	,721	,035
		N	73	73	73	73	73	73
	T_SEBEST	Korrelation nach Pearson	,106	,446**	,305**	,199	,050	,171
		Signifikanz (2-seitig)	,372	,000	,009	,091	,673	,148
		N	73	73	73	73	73	73
	T_SITKON	Korrelation nach Pearson	,174	-,005	-,035	,035	-,011	,042
		Signifikanz (2-seitig)	,142	,969	,769	,766	,924	,722
		N	73	73	73	73	73	73
	T_REKON	Korrelation nach Pearson	,036	,134	,199	,043	,174	-,004

		Signifikanz (2-seitig)	,764	,259	,091	,720	,141	,973
		N	73	73	73	73	73	73
	T_POSI	Korrelation nach Pearson	,112	,140	,050	,146	,074	,034
		Signifikanz (2-seitig)	,345	,236	,672	,217	,534	,774
		N	73	73	73	73	73	73
	T_SOZUBE	Korrelation nach Pearson	-,114	,051	,366**	-,233*	-,075	-,099
		Signifikanz (2-seitig)	,335	,665	,001	,047	,526	,406
		N	73	73	73	73	73	73
	T_VERM	Korrelation nach Pearson	,134	,236*	,314**	,184	,093	,134
		Signifikanz (2-seitig)	,259	,044	,007	,118	,434	,257
		N	73	73	73	73	73	73
	T_FLU	Korrelation nach Pearson	-,024	,307**	,318**	,321**	,033	,007
		Signifikanz (2-seitig)	,844	,008	,006	,006	,783	,956
		N	73	73	73	73	73	73
	T_SOZA	Korrelation nach Pearson	-,031	,230	,141	,368**	,091	,257*
		Signifikanz (2-seitig)	,793	,050	,235	,001	,445	,028
		N	73	73	73	73	73	73
	T_GEDW	Korrelation nach Pearson	-,190	,307**	,439**	-,297*	,006	-,019

		Signifikanz (2-seitig)	,107	,008	,000	,011	,962	,876
		N	73	73	73	73	73	73
	T_RES	Korrelation nach Pearson	-,169	,432**	,338**	,112	,198	,151
		Signifikanz (2-seitig)	,153	,000	,003	,345	,093	,201
		N	73	73	73	73	73	73
	T_SEMITL	Korrelation nach Pearson	-,146	,481**	,334**	,175	,195	,191
		Signifikanz (2-seitig)	,216	,000	,004	,138	,098	,105
		N	73	73	73	73	73	73
	T_SESCH	Korrelation nach Pearson	-,035	,416**	,253*	,127	,133	,179
		Signifikanz (2-seitig)	,766	,000	,031	,283	,263	,129
		N	73	73	73	73	73	73
	T_AGG	Korrelation nach Pearson	,081	,295*	,275*	,121	,010	-,027
		Signifikanz (2-seitig)	,495	,011	,018	,309	,932	,820
		N	73	73	73	73	73	73
	T_PHA	Korrelation nach Pearson	,211	-,072	,084	,093	-,044	-,013
		Signifikanz (2-seitig)	,073	,547	,478	,432	,713	,911
		N	73	73	73	73	73	73
	T_Pos_Gesamt	Korrelation nach Pearson	,146	,229	,108	,327**	,014	,134

		Signifikanz (2-seitig)	,219	,051	,361	,005	,906	,258
		N	73	73	73	73	73	73
	T_Pos_I	Korrelation nach Pearson	,183	,054	-,037	,332**	-,028	,066
		Signifikanz (2-seitig)	,121	,652	,756	,004	,813	,577
		N	73	73	73	73	73	73
	T_Pos_II	Korrelation nach Pearson	,052	,363**	,215	,297*	,049	,232*
		Signifikanz (2-seitig)	,660	,002	,068	,011	,683	,048
		N	73	73	73	73	73	73
	T_Pos_III	Korrelation nach Pearson	,128	,140	,091	,080	,103	,040
		Signifikanz (2-seitig)	,280	,237	,443	,500	,388	,737
		N	73	73	73	73	73	73
	T_Neg	Korrelation nach Pearson	-,159	,485**	,415**	,122	,131	,168
		Signifikanz (2-seitig)	,179	,000	,000	,305	,269	,155
		N	73	73	73	73	73	73
Ja	T_BAG	Korrelation nach Pearson	,154	,118	,125	,133	-,150	-,018
		Signifikanz (2-seitig)	,133	,252	,226	,196	,143	,863
		N	96	96	96	96	97	95
	T_HER	Korrelation nach Pearson	,260*	-,068	-,105	,148	-,063	-,031



		Signifikanz (2-seitig)	,010	,510	,309	,151	,538	,767
		N	96	96	96	96	97	95
	T_SCHAB	Korrelation nach Pearson	,101	,056	,016	,070	-,183	-,150
		Signifikanz (2-seitig)	,329	,587	,874	,501	,072	,148
		N	96	96	96	96	97	95
	T_ABL	Korrelation nach Pearson	,140	,116	,264**	,140	,055	,042
		Signifikanz (2-seitig)	,173	,259	,009	,174	,590	,687
		N	96	96	96	96	97	95
	T_ERS	Korrelation nach Pearson	,064	,180	,223*	,247*	-,119	-,055
		Signifikanz (2-seitig)	,533	,079	,029	,015	,246	,597
		N	96	96	96	96	97	95
	T_SEBEST	Korrelation nach Pearson	,180	,093	,267**	,130	-,107	-,089
		Signifikanz (2-seitig)	,080	,366	,009	,207	,297	,393
		N	96	96	96	96	97	95
	T_SITKON	Korrelation nach Pearson	,272**	-,067	-,022	,088	,184	,092
		Signifikanz (2-seitig)	,007	,519	,832	,397	,071	,376
		N	96	96	96	96	97	95
	T_REKON	Korrelation nach Pearson	,120	,236*	,237*	,080	,146	,075

		Signifikanz (2-seitig)	,244	,021	,020	,441	,153	,472
		N	96	96	96	96	97	95
	T_POSI	Korrelation nach Pearson	,360**	,016	,036	,110	,001	-,133
		Signifikanz (2-seitig)	,000	,874	,729	,287	,990	,197
		N	96	96	96	96	97	95
	T_SOZUBE	Korrelation nach Pearson	,261*	,309**	,366**	,097	,040	-,024
		Signifikanz (2-seitig)	,010	,002	,000	,348	,695	,814
		N	96	96	96	96	97	95
	T_VERM	Korrelation nach Pearson	,026	,185	,238*	,040	,234*	,233*
		Signifikanz (2-seitig)	,802	,072	,019	,702	,021	,023
		N	96	96	96	96	97	95
	T_FLU	Korrelation nach Pearson	,082	,451**	,448**	,236*	,180	,241*
		Signifikanz (2-seitig)	,425	,000	,000	,021	,078	,019
		N	96	96	96	96	97	95
	T_SOZA	Korrelation nach Pearson	-,164	,363**	,253*	,128	,228*	,384**
		Signifikanz (2-seitig)	,110	,000	,013	,215	,025	,000
		N	96	96	96	96	97	95
	T_GEDW	Korrelation nach Pearson	,020	,224*	,144	,032	,225*	,253*

		Signifikanz (2-seitig)	,846	,028	,161	,758	,026	,013
		N	96	96	96	96	97	95
	T_RES	Korrelation nach Pearson	-,017	,510**	,401**	,192	,234*	,376**
		Signifikanz (2-seitig)	,873	,000	,000	,061	,021	,000
		N	96	96	96	96	97	95
	T_SEMITL	Korrelation nach Pearson	-,021	,489**	,442**	,164	,316**	,346**
		Signifikanz (2-seitig)	,837	,000	,000	,110	,002	,001
		N	96	96	96	96	97	95
	T_SESCH	Korrelation nach Pearson	,031	,383**	,373**	,105	,275**	,258*
		Signifikanz (2-seitig)	,765	,000	,000	,309	,006	,012
		N	96	96	96	96	97	95
	T_AGG	Korrelation nach Pearson	,107	,566**	,399**	,401**	,320**	,382**
		Signifikanz (2-seitig)	,298	,000	,000	,000	,001	,000
		N	96	96	96	96	97	95
	T_PHA	Korrelation nach Pearson	,021	,232*	,161	,039	-,048	,066
		Signifikanz (2-seitig)	,836	,023	,117	,706	,641	,526
		N	96	96	96	96	97	95
	T_Pos_Gesamt	Korrelation nach Pearson	,276**	,125	,187	,197	-,043	-,034

		Signifikan z (2- seitig)	,007	,226	,068	,054	,675	,741
		N	96	96	96	96	97	95
	T_Pos_I	Korrelatio n nach Pearson	,180	,012	-,013	,142	-,167	-,078
		Signifikan z (2- seitig)	,079	,905	,899	,168	,101	,454
		N	96	96	96	96	97	95
	T_Pos_II	Korrelatio n nach Pearson	,141	,155	,288**	,210*	-,064	-,030
		Signifikan z (2- seitig)	,169	,131	,004	,040	,536	,770
		N	96	96	96	96	97	95
	T_Pos_III	Korrelatio n nach Pearson	,294**	,075	,101	,110	,135	,022
		Signifikan z (2- seitig)	,004	,467	,327	,285	,188	,835
		N	96	96	96	96	97	95
	T_Neg	Korrelatio n nach Pearson	-,008	,484**	,418**	,160	,299**	,365**
		Signifikan z (2- seitig)	,936	,000	,000	,119	,003	,000
		N	96	96	96	96	97	95

\*\*.

.\*.

## 8.9 Varianzanalysen

### 8.9.1 Abhängige Variable - Lebenszufriedenheit insgesamt

Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
----------------------	---	-------------------------------------	-------------------	--

Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 0,180 p = 0,627	F = 0,589 p = 0,444	F = 0,221 p = 0,639	-0,010
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 0,240 p = 0,625	F = 1,090 p = 0,298	F = 0,343 p = 0,559	-0,002
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 0,455 p = 0,501	F = 4,155 p = 0,043	F = 3,771 p = 0,054	0,024
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 0,173 p = 0,678	F = 2,139 p = 0,145	F = 0,000 p = 0,990	-0,001
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 1,655 p = 0,200	F = 11,903 p = 0,001	F = 2,093 p = 0,150	0,052
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 0,002 p = 0,967	F = 9,857 p = 0,002	F = 0,969 p = 0,362	0,041
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 0,001 p = 0,971	F = 2,057 p = 0,153	F = 0,597 p = 0,441	-0,002
Schlechte Schulleistungen	F = 0,594 p = 0,442	F = 0,711 p = 0,400	F = 0,081 p = 0,777	-0,008
Eigener Verdienst	F = 0,275 p = 0,600	F = 0,779 p = 0,379	F = 0,242 p = 0,624	-0,009
Erstgeborene	F = 0,530 p = 0,468	F = 0,005 p = 0,942	F = 0,094 p = 0,760	-0,13
Gute Schulleistungen	F = 0,329 p = 0,567	F = 0,695 p = 0,406	F = 0,322 p = 0,571	-0,006
Enge Freunde	F = 0,491 p = 0,484	F = 7,336 p = 0,007	F = 2,478 p = 0,117	0,33
Fehlen von Armut	F = 0,010 p = 0,920	F = 1,584 p = 0,210	F = 0,006 p = 0,937	-0,005

### 8.9.2 Abhängige Variable - Belastungsintensität (GSI)

Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 12,485 p = 0,001	F = 0,239 p = 0,626	F = 0,325 p = 0,569	0,077
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 11,929 p = 0,001	F = 0,604 p = 0,438	F = 0,360 p = 0,549	0,088
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 3,090 p = 0,081	F = 3,986 p = 0,048	F = 5,747 p = 0,018	0,118

Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 3,702 p = 0,056	F = 0,376 p = 0,541	F = 0,459 p = 0,499	0,077
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 4,835 p = 0,029	F = 4,762 p = 0,031	F = 0,020 p = 0,889	0,109
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 8,196 p = 0,005	F = 6,944 p = 0,009	F = 4,658 p = 0,032	0,125
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 10,198 p = 0,002	F = 1,364 p = 0,245	F = 0,053 p = 0,818	0,083
Schlechte Schulleistungen	F = 2,273 p = 0,134	F = 0,754 p = 0,387	F = 0,182 p = 0,670	0,079
Eigener Verdienst	F = 12,235 p = 0,001	F = 0,870 p = 0,352	F = 2,865 p = 0,092	0,096
Erstgeborene	F = 14,875 p = 0,000	F = 1,500 p = 0,223	F = 2,681 p = 0,104	0,103
Gute Schulleistungen	F = 10,469 p = 0,001	F = 3,570 p = 0,061	F = 0,000 p = 0,988	0,095
Enge Freunde	F = 2,817 p = 0,095	F = 3,437 p = 0,066	F = 1,129 p = 0,290	0,094
Fehlen von Armut	F = 5,477 p = 0,021	F = 0,574 p = 0,450	F = 2,693 p = 0,103	0,093

### 8.9.3 Abhängige Variable – Persönlichkeitsstile/-störungen

#### 8.9.3.1 Selbstbestimmter Stil (Antisoziale Persönlichkeitsstörung)

Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 2,370 p = 0,126	F = 0,988 p = 0,322	F = 0,001 p = 0,978	0,013
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 2,403 p = 0,123	F = 0,218 p = 0,641	F = 2,424 p = 0,121	0,022
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 1,669 p = 0,198	F = 0,236 p = 0,628	F = 0,174 p = 0,677	0,009
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 4,489 p = 0,036	F = 0,652 p = 0,420	F = 1,382 p = 0,241	0,023
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 0,118 p = 0,732	F = 3,739 p = 0,055	F = 4,030 p = 0,046	0,036
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 2,969 p = 0,087	F = 0,653 p = 0,420	F = 0,015 p = 0,904	0,011

Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 2,119 p = 0,147	F = 1,765 p = 0,186	F = 0,391 p = 0,533	0,026
Schlechte Schulleistungen	F = 0,808 p = 0,370	F = 6,203 p = 0,014	F = 3,951 p = 0,049	0,044
Eigener Verdienst	F = 2,338 p = 0,128	F = 1,804 p = 0,181	F = 0,990 p = 0,321	0,025
Erstgeborene	F = 4,561 p = 0,034	F = 3,009 p = 0,085	F = 1,078 p = 0,301	0,035
Gute Schulleistungen	F = 1,229 p = 0,269	F = 8,463 p = 0,004	F = 0,147 p = 0,702	0,056
Enge Freunde	F = 1,188 p = 0,277	F = 4,766 p = 0,030	F = 0,193 p = 0,661	0,039
Fehlen von Armut	F = 0,975 p = 0,325	F = 0,357 p = 0,551	F = 0,105 p = 0,746	0,004

### 8.9.3.2 Eigenwilliger Stil (Paranoide Persönlichkeitsstörung)

Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 2,481 p = 0,117	F = 2,342 p = 0,128	F = 0,078 p = 0,781	0,027
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 4,116 p = 0,044	F = 0,764 p = 0,383	F = 0,310 p = 0,579	0,028
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 0,381 p = 0,538	F = 0,410 p = 0,523	F = 3,210 p = 0,075	0,032
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 2,823 p = 0,095	F = 1,407 p = 0,237	F = 0,225 p = 0,636	0,025
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 0,921 p = 0,339	F = 1,182 p = 0,278	F = 0,119 p = 0,713	0,019
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 7,315 p = 0,008	F = 2,231 p = 0,137	F = 5,082 p = 0,025	0,067
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 1,538 p = 0,217	F = 1,672 p = 0,198	F = 1,083 p = 0,300	0,025
Schlechte Schulleistungen	F = 0,000 p = 0,009	F = 1,919 p = 0,168	F = 1,434 p = 0,233	0,025
Eigener Verdienst	F = 3,759 p = 0,054	F = 0,433 p = 0,512	F = 0,866 p = 0,353	0,021
Erstgeborene	F = 7,323 p = 0,008	F = 0,555 p = 0,457	F = 2,497 p = 0,116	0,034

Gute Schulleistungen	F = 2,222 p = 0,138	F = 4,519 p = 0,035	F = 1,659 p = 0,199	0,045
Enge Freunde	F = 0,479 p = 0,482	F = 10,138 p = 0,002	F = 1,256 p = 0,264	0,071
Fehlen von Armut	F = 0,803 p = 0,372	F = 2,042 p = 0,155	F = 0,086 p = 0,770	0,028

### 8.9.3.3 Zurückhaltender Stil (Schizoide Persönlichkeitsstörung)

Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 2,788 p = 0,097	F = 0,029 p = 0,864	F = 0,706 p = 0,402	0,008
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 5,075 p = 0,026	F = 0,460 p = 0,498	F = 0,002 p = 0,967	0,013
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 1,487 p = 0,224	F = 0,103 p = 0,748	F = 0,152 p = 0,697	0,005
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 1,394 p = 0,239	F = 0,610 p = 0,436	F = 0,018 p = 0,892	0,008
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 1,298 p = 0,256	F = 0,372 p = 0,543	F = 0,036 p = 0,850	0,006
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 3,911 p = 0,050	F = 4,252 p = 0,041	F = 2,165 p = 0,143	0,051
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 1,415 p = 0,236	F = 0,983 p = 0,323	F = 0,089 p = 0,766	0,009
Schlechte Schulleistungen	F = 0,576 p = 0,449	F = 1,569 p = 0,212	F = 3,846 p = 0,052	0,026
Eigener Verdienst	F = 2,985 p = 0,086	F = 0,032 p = 0,858	F = 2,683 p = 0,103	0,019
Erstgeborene	F = 6,928 p = 0,009	F = 0,314 p = 0,576	F = 3,410 p = 0,067	0,028
Gute Schulleistungen	F = 2,032 p = 0,156	F = 1,344 p = 0,248	F = 0,035 p = 0,852	0,11
Enge Freunde	F = 2,707 p = 0,102	F = 3,806 p = 0,053	F = 0,277 p = 0,600	0,030
Fehlen von Armut	F = 1,098 p = 0,297	F = 0,053 p = 0,818	F = 0,444 p = 0,506	0,002

### 8.9.3.4 Loyalere Stil (Abhängige Persönlichkeitsstörung)



Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 11,442 p = 0,001	F = 1,293 p = 0,257	F = 1,537 p = 0,217	0,093
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 15,591 p = 0,000	F = 0,110 p = 0,741	F = 1,191 p = 0,277	0,093
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 1,807 p = 0,181	F = 1,871 p = 0,173	F = 8,446 p = 0,004	0,123
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 5,632 p = 0,019	F = 0,138 p = 0,710	F = 0,001 p = 0,981	0,076
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 3,327 p = 0,070	F = 3,327 p = 0,070	F = 0,448 p = 0,504	0,094
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 7,618 p = 0,006	F = 1,708 p = 0,193	F = 7,039 p = 0,009	0,115
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 10,709 p = 0,001	F = 0,596 p = 0,441	F = 0,015 p = 0,904	0,080
Schlechte Schulleistungen	F = 6,099 p = 0,015	F = 1,351 p = 0,247	F = 0,628 p = 0,429	0,114
Eigener Verdienst	F = 12,295 p = 0,001	F = 1,460 p = 1,614	F = 1,789 p = 0,183	0,096
Erstgeborene	F = 8,361 p = 0,004	F = 0,498 p = 0,481	F = 0,049 p = 0,825	0,079
Gute Schulleistungen	F = 11,091 p = 0,001	F = 6,607 p = 0,011	F = 0,044 p = 0,835	0,119
Enge Freunde	F = 1,347 p = 0,248	F = 0,123 p = 0,726	F = 4,687 p = 0,032	0,101
Fehlen von Armut	F = 3,717 p = 0,056	F = 0,888 p = 0,348	F = 0,742 p = 0,391	0,063

### 8.9.3.5 Spontaner Stil (Borderline Persönlichkeitsstörung)

Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 23,267 p = 0,000	F = 0,673 p = 0,413	F = 0,011 p = 0,918	0,143
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 24,547 p = 0,000	F = 0,007 p = 0,935	F = 1,635 p = 0,203	0,151

Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 12,029 p = 0,001	F = 2,162 p = 0,143	F = 1,386 p = 0,241	0,155
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 12,827 p = 0,000	F = 0,704 p = 0,403	F = 0,237 p = 0,627	0,146
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 3,025 p = 0,084	F = 7,439 p = 0,007	F = 4,739 p = 0,031	0,180
Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 23,050 p = 0,000	F = 4,633 p = 0,033	F = 0,002 p = 0,969	0,164
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 26,261 p = 0,000	F = 0,051 p = 0,821	F = 2,750 p = 0,099	0,158
Schlechte Schulleistungen	F = 4,003 p = 0,047	F = 2,073 p = 0,152	F = 0,340 p = 0,561	0,152
Eigener Verdienst	F = 22,380 p = 0,000	F = 3,577 p = 0,060	F = 4,993 p = 0,027	0,186
Erstgeborene	F = 12,548 p = 0,001	F = 1,416 p = 0,236	F = 0,035 p = 0,852	0,147
Gute Schulleistungen	F = 21,466 p = 0,000	F = 5,053 p = 0,026	F = 0,011 p = 0,918	0,167
Enge Freunde	F = 21,466 p = 0,000	F = 5,053 p = 0,026	F = 0,011 p = 0,918	0,167
Fehlen von Armut	F = 5,944 p = 0,016	F = 4,618 p = 0,033	F = 1,580 p = 0,211	0,158

#### 8.9.3.6 Liebenswürdiger Stil (Histrionische Persönlichkeitsstörung)

Einzelrisiko/-schutz	Haupteffekt Alter bei Erstgeburt (F;p) bei df = 1	Haupteffekt Risiko (F;p) bei df = 1	Interaktion (F;p)	Varianzaufklärung (korrigiertes R-Quadrat)
Abhängigkeit von Transferleistungen	F = 1,626 p = 0,204	F = 0,528 p = 0,468	F = 0,299 p = 0,585	-0,006
Trennung der Eltern in Kindheit/Jugend	F = 0,696 p = 0,405	F = 0,027 p = 0,871	F = 2,595 p = 0,109	0,005
Psychische Erkrankung in der Herkunftsfamilie	F = 1,138 p = 0,288	F = 0,002 p = 0,962	F = 0,124 p = 0,725	-0,010
Psychische Erkrankung in Kindheit/Jugend	F = 4,993 p = 0,027	F = 0,093 p = 0,761	F = 3,953 p = 0,048	0,017
Nikotinabusus in Kindheit/Jugend	F = 0,093 p = 0,761	F = 1,471 p = 0,227	F = 1,104 p = 0,295	-0,002

Gewalterfahrung in Kindheit/Jugend	F = 2,107 p = 0,149	F = 2,792 p = 0,097	F = 0,333 p = 0,565	0,006
Drogenkonsum während der Schwangerschaft	F = 1,709 p = 0,193	F = 0,131 p = 0,718	F = 0,824 p = 0,365	-0,006
Schlechte Schulleistungen	F = 0,029 p = 0,866	F = 0,416 p = 0,520	F = 0,131 p = 0,717	-0,008
Eigener Verdienst	F = 1,835 p = 0,177	F = 2,302 p = 0,131	F = 3,416 p = 0,066	0,020
Erstgeborene	F = 0,004 p = 0,952	F = 0,616 p = 0,434	F = 1,127 p = 0,290	-0,002
Gute Schulleistungen	F = 1,299 p = 0,256	F = 0,007 p = 0,934	F = 0,286 p = 0,594	-0,009
Enge Freunde	F = 0,081 p = 0,776	F = 6,144 p = 0,014	F = 0,445 p = 0,506	0,033
Fehlen von Armut	F = 3,990 p = 0,048	F = 1,672 p = 0,198	F = 0,140 p = 0,709	0,007

### **Danksagung**

Ich möchte mich an dieser Stelle besonders für die Unterstützung von Herrn PD Dr. Reis und Fr. Dr. Bohne-Suraj bedanken, die sich auch nach vielen Jahren immer Zeit für diese Arbeit und mich genommen haben.

Des Weiteren danke ich Erik Heilert für Formatierungshilfen, Friederike Helm für die Rechtschreibprüfung, meinen übrigen Freunden und meiner Familie für die liebevolle Unterstützung.

Abschließend möchte ich den Müttern danken, die sich zur Teilnahme an dieser Studie bereit erklärt haben und die mir prägende und berührende Einblicke in ihr Leben erlaubt haben.

### **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich des Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe, nur unter Nutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Diese Dissertation ist keiner anderen Fakultät vorgelegt worden. Ich erkläre ferner, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

### **Lebenslauf**

#### **Persönliche Daten**

- Name: Sarah Felice Möselers
- Geburtsdatum: 13 Mai 1983

- Familienstand: Ledig
- Staatsangehörigkeit: Deutsch

## Ausbildung

- Seit 10/2018: Fachärztin, Augenärzte am Platz der Luftbrücke, Berlin
- 09/2017- 09/2018: Fachärztin für Augenheilkunde, Ernst von Bergmann Klinikum, Potsdam
- 05/2017: European Board of Ophthalmology-Diplom, Paris, Frankreich
- 07/2015 - 09/2015: Assistenzärztin Ernst von Bergmann Klinikum, Potsdam
- 05/2013 - 06/2015: Assistenzärztin Asklepios Klinikum Heidberg, Hamburg
- 10/2012 - 04/2013: Assistenzärztin Augenklinik am Wittenbergplatz, Berlin
- 07/2011 - 09/2012: Assistenzärztin Augenklinik Marzahn, Berlin
- 04/2005 - 11/2010: Medizinstudium an der Universität Rostock
- 10/2004 - 04/2005: Medizinstudium an der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen - Nürnberg
- 04/2004 - 10/2004: Zahnmedizinstudium an der Christian - Albrechts - Universität in Kiel
- 10/2003 - 04/2004: Mineralogiestudium an der Universität Köln
- 10/2002 - 04/2003: Architekturstudium an der Bauhaus-Universität in Weimar
- 08/1993 - 06/2002: Katharineum zu Lübeck
- 09/1999 - 02/2000: Lycée Charles Poncelet, Cluses, Frankreich
- 08/1989 - 06/1993: Grundschule am Stadtpark, Lübeck

## Veröffentlichungen

- Artikel
  - Nicole Zimmermann, Vera Plöger, Sabrina Kramm, Sarah Mösele, Holger Dietze, Katja Göbel, Carl Erb  
*Korrelation von peripapillärer Aderhautdicke und primärem Offenwinkelglaukom*  
 Spektrum Augenheilkunde (2015) 29:124–129, Springer Verlag
- Poster
  - Sarah Mösele, Dr. Stephanie Bohne-Suraj, Dr. Olaf Reis, Prof. Dr. Frank Häßler  
*Assoziation zwischen Minderjährigkeit der Mutter bei der Geburt und Psychosozialen Risikofaktoren. Aus dem Rostocker Projekt: Bedingungen und Folgen minderjähriger Mutterschaft*

(Publiziert auf dem DGPPN Kongress 2008 in Berlin)

- Dr. Stephanie Bohne-Suraj, Sarah Möselers, Dr. Olaf Reis, Prof. Dr. Frank Häßler  
*Beschreibung psychosozialer und soziodemografischer Merkmale minderjährig  
vrs. volljährig erstgebärender Mütter. Aus dem Rostocker Projekt: Bedingungen  
und Folgen minderjähriger Mutterschaft.*